

# Frecuencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan dos instituciones de tercer nivel en Cali, Colombia\*

Ana María Rivas Grajales<sup>1</sup>  
Angélica Tobón Guevara<sup>1</sup>  
Juan Carlos Rivas Nieto<sup>2</sup>  
Carlos Alberto Miranda Bastidas<sup>3</sup>

## Resumen

*Objetivos:* Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultaron dos instituciones de tercer nivel de Cali, Colombia, durante los meses de mayo y junio del 2009, usando el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Depresión en Pacientes con Trastornos Neurológicos para Epilepsia (NDDI-E). Así mismo, identificar las características sociodemográficas y clínicas de la población bajo estudio, determinar factores clínicos asociados al cuadro depresivo y describir el tratamiento farmacológico suministrado a los pacientes. *Método:* Estudio descriptivo transversal que involucró a 124 pacientes con epilepsia mayores de edad. A estos pacientes se les aplicó el BDI y el NDDI-E, además de un formato en el que se registraron los datos demográficos. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Epi Info versión 3.4.1. *Resultados:* Se encontró que, de acuerdo con el BDI, 57,3% (IC: 48,1%-66,1%) de los pacientes estaban deprimidos y, según la NDDI-E, 34,7% (IC: 26,4%-46,7%). Esta discrepancia se explica porque las dos escalas miden severidades diferentes de los síntomas depresivos. La mayor parte de los pacientes con depresión estaban en tratamiento farmacológico. *Conclusiones:* Se encontró una frecuencia de depresión del 57,3% con una intensidad variable, dependiendo del instrumento que se use para medirla.

**Palabras clave:** Depresión, epilepsia, comorbilidad, escala de valoración psiquiátrica.

**Title: Frequency of Depression in Patients with Epilepsy Treated at Two Health Institutions in Cali, Colombia.**

## Abstract

Objective: To find the prevalence of depressive symptoms in outpatients with epilepsy treated at the Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) and the Liga Colombiana

\* El presente trabajo fue presentado en XI Simposio de Investigaciones en Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia, el 23 de octubre del 2009.

<sup>1</sup> Estudiante de Medicina y Cirugía, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

<sup>2</sup> Médico psiquiatra, Universidad del Valle, Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Fundación Clínica Valle del Lili. Cali, Colombia.

<sup>3</sup> Médico psiquiatra, Universidad del Valle, Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Cali, Colombia.

Contra la Epilepsia (LCCE) between May and June, 2009. *Method:* It is a descriptive cross-sectional study which included 124 subjects over 18 years. Patients underwent Beck's Depression Inventory (BDI) and the Neurological Disorders and Depression Inventory in Epilepsy (NDDI-E), as well as a format for demographic variables. Data analysis was made with Epi Info version 3.4.1. *Results:* It was found that according to the BDI, 57.3% (IC: 48.1%-66.1%) of the patients were diagnosed with depression, whereas 34.7% of the patients had a diagnosis of severe depressive disorder when the NDDI-E was applied. The explanation to this discrepancy is based on the fact that the inventories measure the severity of depressive symptoms differently. Most of the patients were under pharmacologic treatment. *Conclusions:* Depressive symptoms have a high prevalence in patients with epilepsy (57.3%), with a varying severity of the symptoms depending on the instrument used for the diagnosis.

**Key words:** Depression, epilepsy, comorbidity, psychiatric status rating scales.

## Introducción

La epilepsia es una alteración cerebral crónica de causas diversas, caracterizada por descargas hiper-sincrónicas de actividad bioeléctrica, acompañada de diversas manifestaciones clínicas, como síntomas motores, sensoriales, autonómicos y psíquicos (1,2), Este es uno de los trastornos neurológicos más comunes y serios, que afecta 50 millones de personas en el mundo (1). De acuerdo con los reportes de la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de este trastorno varía entre 4 y 10 casos por cada 1.000

habitantes, aunque ha alcanzado mayores valores en países subdesarrollados. En América Latina, la prevalencia reportada es del 10,6% por cada 1.000 habitantes (1).

Según el Estudio Neuroepidemiológico Nacional (Epineuro), la prevalencia global de epilepsia es de 10,8 por cada 1.000 habitantes (IC95%: 8,5-13) para Colombia, y del 3,9 (IC95%: 0,0-8,4) para el Valle del Cauca (3). Este trastorno se encuentra uniformemente distribuido por el mundo, lo que implica que no existen diferencias de género, raza y estado socioeconómico que limiten su presentación (1).

Los pacientes con epilepsia presentan una mayor comorbilidad de trastornos psiquiátricos, comparados con la población general (4-8). Entre éstos se encuentran trastornos afectivos y de ansiedad, trastornos de atención e hiperactividad, psicosis y trastornos de la personalidad (4). La depresión es más frecuente en pacientes con epilepsia, especialmente cuando las convulsiones se originan en los lóbulos frontal y temporal (5,9). La relación entre depresión y epilepsia resulta ser bidireccional, pues los pacientes con un trastorno depresivo mayor tienen una alta frecuencia de epilepsia (6).

La asociación entre depresión y epilepsia ha sido descrita desde los tiempos de Hipócrates (6); sin embargo, se ha incrementado su interés en los últimos años, debido al reconocimiento del impacto negativo en la vida de los pacientes.

Se ha estimado una prevalencia de entre el 30% y el 50% de trastornos depresivos en pacientes con epilepsia que consultan centros de atención terciaria (5,10). En estos pacientes existe un riesgo mayor de suicidio, en comparación con la población general (11,12). En un estudio realizado en Canadá se estimó que personas con epilepsia tienen dos veces más riesgo de presentar ideación suicida (IC25%: 17,4-32,5), en contraste con la población general (IC13,3%: 12,8-13,8) (13).

Todo lo anterior apunta a la importancia de diagnosticar y tratar el trastorno depresivo mayor en pacientes con epilepsia, ya que esto constituye un problema de alta prevalencia y un subsecuente incremento en la discapacidad y mortalidad (11,12). La epilepsia y la depresión tienen mecanismos patogénicos comunes, lo cual facilita el desarrollo de uno de los trastornos en la presencia del otro (10,12). Se han descrito anomalías en la afinidad del receptor para neurotransmisores como serotonina, norepinefrina, dopamina, ácido gaba-aminobutírico y glutamato; atrofia de estructuras del lóbulo temporal y frontal; anomalías funcionales del lóbulo frontal y temporal, y alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis (11,12).

Así mismo, existen factores asociados con la epilepsia que interfieren en la validez de las pruebas diagnósticas para detectar depresión (5-7,10,11). Éstos incluyen los efectos secundarios de fármacos antiepilé-

ticos y síntomas somáticos comunes con epilepsia del lóbulo temporal, como problemas de memoria (6).

Con regularidad, los síntomas depresivos en pacientes con epilepsia no son reconocidos. Las razones son varias: temor de los pacientes a ser estigmatizados aún más, si además de su trastorno de base, manifiestan sintomatología psiquiátrica; además, las manifestaciones clínicas de la depresión en esta población son atípicas, con síntomas diferentes a los observados en pacientes 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 reacciones emocionales normales ante una enfermedad crónica (6).

Chacón y colaboradores realizaron un estudio en el 2004 sobre depresión en pacientes con epilepsia. En la primera parte (revisión de historias clínicas) se encontró una prevalencia registrada de depresión del 26,7% en una población de pacientes que asistían a un hospital psiquiátrico y del 24,5% para la población que asistió a la Liga Colombiana contra la Epilepsia (LCCE) de Cali, Colombia. El estudio prospectivo incluyó a 100 pacientes consecutivos y usó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Hamilton para Depresión (HRSD). Se encontró que de acuerdo con el BDI, el 59% de los pacientes estaban deprimidos, y según la HRSD, el 58% (14).

En el presente estudio se buscó medir la prevalencia de la depresión en un grupo de pacientes con epilepsia que consultaron dos instituciones de alta complejidad, usando dos instrumentos diferentes para medir la frecuencia y la intensidad de los síntomas depresivos.

### **Materiales y métodos**

Se realizó un estudio descriptivo transversal que buscaba medir la prevalencia y la severidad de la depresión en 124 pacientes con diagnóstico de epilepsia, que consultaron durante los meses de mayo y junio del 2009 a la LCCE y al Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV).

Los criterios de inclusión fueron: tener el diagnóstico de epilepsia, ser mayor de 18 años de edad 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 anticonvulsivos. Los sujetos participantes y sus familiares firmaron el consentimiento informado y sólo cuatro pacientes se negaron a participar en el estudio.

### *Instrumentos*

A los pacientes se les aplicaron dos cuestionarios: el BDI y el Inventario de Depresión en Pacientes con

Trastornos Neurológicos para Epilepsia (NDDI-E). Además, se diligenció un formato donde se registraron los datos demográficos.

### *INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK*

El BDI es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Su contenido pone el relieve en el componente cognitivo de la depresión, aunque los síntomas de tipo somático/vegetativo son los segundos en importancia. Así es como de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes, a síntomas somático-vegetativos.

Se ofrecen cuatro alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad/intensidad del síntoma. El marco temporal se refiere al momento actual y a la semana previa. La puntuación total se obtiene sumando los valores seleccionados, 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 intensidad/severidad 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 del test oscila alrededor de un  $r=0,8$ . En cuanto a la validez, la escala muestra una correlación va-

riable con otras escalas (HDRS, SDS, Escala de Depresión de Montgomery-Asberg [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 es del 99%, el valor predictivo positivo es 0,72 y el valor predictivo negativo es 1 (15).

#### *INVENTARIO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS NEUROLÓGICOS PARA EPILEPSIA*

El NNDI-E fue diseñado en el 2006 como un método de diagnóstico ágil y efectivo de síntomas depresivos, para ser usado como instrumento de rutina en la evaluación de pacientes con epilepsia. Gilliam y colaboradores recopilaron una serie de ítems y frases propuestos por especialistas que indicaran síntomas de depresión, excluyendo aquellos que tuvieran que ver con efectos adversos de fármacos antiepilépticos y alteraciones cognitivas descritas en pacientes con epilepsia. Después de un proceso de selección se escogieron los seis ítems que mejor detectarían la presencia de un trastorno depresivo mayor, teniendo en cuenta la Minientrevista Internacional de Neuropsiquiatría (MINI).

Cada ítem se valora de 1 a 4 de acuerdo con la frecuencia del síntoma. La depresión se considera presente en el paciente cuando en el test se obtiene un puntaje de corte mayor de 15. Los índices

psicométricos de la prueba muestran una sensibilidad del 81%, una especificidad del 90% y un valor predictivo positivo de 0,82. Además, presenta una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,82) y buena fiabilidad entre observaciones (correlación de Spearman de 0,78) con dos semanas de separación. Esta escala fue traducida y validada por Dzul y López en una población mexicana (16).

#### *Análisis de datos*

Para el procesamiento de los datos se realizó una base de datos en Acces 2007 y en Excel 2007 y fueron analizados con el programa Epi Info versión 3.4.1 2007.

#### *Consideraciones éticas*

Antes de proceder con la recolección de datos, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética Médica de la Universidad del Valle y del HPUV. 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 y a la base de datos.

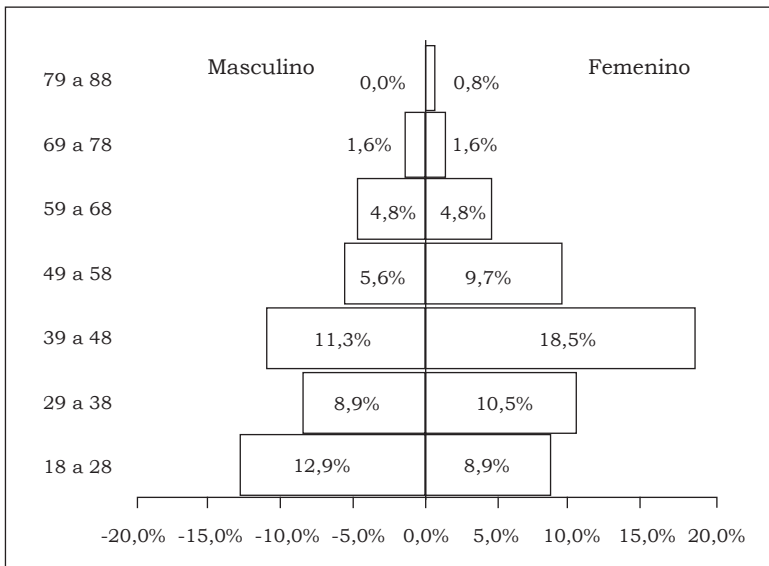
### **Resultados**

En el estudio se evaluaron 124 pacientes con epilepsia, quienes

consultaron al servicio de Consulta Externa, el 54,8% en el HPUV y el 45,2% en la LCCE, entre el 24 de abril y el 26 de junio del 2009. De ellos, 68 eran mujeres y 56 eran hombres. Las edades oscilaban entre los 18 y 81 años, con una media de 41,2

años ( $\pm 14,06$ ) (Figura 1). El 65,3% declaró ser soltero, el máximo grado escolar alcanzado fue secundaria incompleta (39,5%), el 25% no tenía ocupación y el 30,6% estaba dedicado a labores domésticas (Tabla 1).

Figura 1. Distribución de frecuencias por edad y sexo de la población evaluada en el HPUV y la LCCE



De acuerdo con los hallazgos mediante el BDI, se encontró una prevalencia de depresión del 57,26%; además, la severidad de los síntomas, en la mayoría de los pacientes, se encontraba entre leve y moderada (44,3%). Los pacientes del HPUV presentaron una mayor frecuencia de depresión en comparación con los de la LCCE (Tabla 2). Los resultados de la NDDI-E mostraron que el 34,7% de los pacientes tenía una

depresión mayor (Tabla 3), siendo ésta más frecuente en el grupo de las mujeres; sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre esta última asociación (valor de  $p=0,26$  con el nivel de significancia,  $\alpha=0,05$ ), aunque se encontró que  $p$  es mayor que  $\alpha$  (Tabla 4).

Además, se encontró que 77 pacientes (62,1%) tenían alguna comorbilidad: la más diagnosticada

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población en el HPUV y en la LCCE

Variable		Institución [n (%)]		Total [n (%)]	IC 95% (%)	
		HPUV	LCCE			
Estado civil	Soltero	48 (70,6)	33 (58,9)	81 (65,3)	56,3	73,6
	Unión libre	10 (14,7)	4 (7,1)	14 (11,3)	6,3	18,2
	Casado	8 (11,8)	15 (26,8)	23 (18,5)	12,1	26,5
	Divorciado	1 (1,5)	2 (3,6)	3 (2,4)	0,5	6,90
	Viudo	1 (1,5)	2 (3,6)	3 (2,4)	0,5	6,90
Educación	Ninguna	5 (7,4)	1 (1,8)	6 (4,8)	1,8	10,2
	Primaria	28 (41,2)	15 (26,8)	43 (34,7)	26,4	43,7
	Secundaria	29 (42,6)	20 (35,7)	49 (39,5)	30,9	48,7
	Técnica	3 (4,4)	8 (14,3)	11 (8,9)	4,5	15,3
	Universitaria	3 4,4	12 (21,4)	15 (12,1)	6,9	19,2
Oficio	Ninguno	19 (27,9)	12 (21,4)	31 (25,0)	17,7	33,6
	Hogar	21 (30,9)	17 (30,4)	38 (30,6)	22,7	39,6
	Estudiante	5 (7,4)	2 (3,6)	7 (5,6)	2,3	11,3
	Oficios varios	18 (26,5)	10 (17,9)	28 (22,6)	15,6	31,0
	Empleado	5 (7,4)	15 (26,8)	20 (16,1)	10,1	23,8
Procedencia	Cali	48 (70,6)	34 (60,7)	25 (67,6)	50,2	82,0
	Fuera de Cali	20 (29,4)	22 (39,3)	12 (32,4)	18,0	49,8
Seguridad social	Contributivo	41 (60,3)	47 (83,9)	88 (71,0)	62,1	78,8
	Subsidiado	27 (39,7)	9 (16,1)	36 (29,0)	21,2	37,9

Tabla 2. Frecuencia de depresión según los resultados del BDI

Gravedad	HPUV	LCCE	Total general
Depresión leve	21 (30,9%)	8 (14,3%)	29 (23,4%)
Depresión moderada	16 (23,5%)	10 (17,9%)	26 (21,0%)
Depresión severa	9 (13,2%)	7 (12,5%)	16 (12,9%)
No depresión	22 (32,4%)	31 (55,4%)	53 (42,7%)
Total general	68 (100,0%)	56 (100,0%)	124 (100,0%)

Tabla 3. Frecuencia de depresión según los resultados del NDDI-E

Depresión mayor	HPUV	LCCE	Total general
No	40 (58,8%)	41 (73,2%)	81 (65,3%)
Si	28 (41,2%)	15 (26,8%)	43 (34,7%)
Total general	68 (100,0%)	56 (100,0%)	124 (100,0%)

Tabla 4. Sexo frente a presencia de depresión mayor según el NDDI-E

Interpretación NDDI-E (presencia de depresión mayor)			
Sexo	Ausente	Presente	Total
Femenino	41 60,3% 50,6%	27 39,7% 62,8%	68 100,0% 54,8%
Masculino	40 71,4% 49,4%	16 28,6% 37,2%	56 100,0% 45,2%
Total	81 65,3% 100,0%	43 34,7% 100,0%	124 100,0% 100,0%

Nota: se compara el resultado del valor de p (0,26) con el nivel de significancia (alfa=0,05) y se encuentra que p es mayor que alfa, lo cual indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y el desarrollo de depresión mayor.

previo al estudio fue la depresión (32%), seguida por la presencia de síntomas psicóticos (25%) (Tabla 5).

De los 124 pacientes entrevistados, 41 (31%) estaban recibiendo tratamiento con antidepresivos. El 25%



Tabla 5. Frecuencia de comorbilidad psiquiátrica

Patologías	n	%
Depresión	32	32
Psicosis	25	25
Trastorno de ansiedad	12	12
Retardo mental leve	6	6
Síndrome cerebral orgánico	6	6
Cefaleas	4	4
Traumatismo craneoencefálico	4	4
Demencia	3	3
Parkinsonismo	2	2
Síndrome cerebeloso	2	2
Esquizofrenia	1	1
Hemiparesias	1	1
Trastorno afectivo bipolar	1	1
Total	99	100

de los pacientes sin tratamiento antidepressivo tiene depresión y el 12,5% de los pacientes con diagnóstico previo de depresión no estaba en tratamiento farmacológico.

### Discusión

Los trastornos depresivos constituyen uno de los principales trastornos psiquiátricos encontrados en pacientes con epilepsia (4-8,10). El estudio mostró que el trastorno depresivo reviste gran importancia clínica y epidemiológica en los pacientes con epilepsia. La prevalencia de depresión encontrada en la población estudiada (57,3%), al usar el BDI, supera de manera notoria la prevalencia encontrada en la pobla-

ción general en el país y son similares a las encontradas en otros estudios alrededor del mundo.

Al comparar las dos escalas en términos de severidad, se encontró que con el NDDI-E se clasificó un mayor número de pacientes como severamente deprimidos (34,7% frente 12,9% con el Beck), lo cual sugiere que el NDDI-E es un instrumento más preciso para identificar pacientes con síntomas depresivos crónicos.

El diagnóstico clínico de depresión y su tratamiento continúan siendo bajos, lo cual deja sin manejo la principal morbilidad presente en este grupo. La situación fue más frecuente en el grupo de pacientes de la LCCE. Al comparar el presente

estudio con el realizado en el 2004, encontramos que el diagnóstico de depresión asociada a la epilepsia fue más frecuente en el del 2009. Esto se explica por el hecho de una mayor sensibilización al grupo médico sobre la probabilidad de la patología en pacientes con epilepsia. Sin embargo, el diagnóstico sigue siendo inferior al esperado. La población de pacientes bajo tratamiento antidepressivo fue mayor en el 2009 que en el 2004, con un mayor número de pacientes del HPUV en manejo farmacológico.

En cuanto a las variables demográficas relacionadas con la aparición de un cuadro depresivo mayor, se encontró que la presencia de epilepsia parece ser un factor de riesgo más influyente en el desarrollo de depresión

que el sexo del individuo. Se halló significancia estadística al comparar el género del individuo con el diagnóstico de depresión utilizando el NNDI-E, pues se encontró que  $p(0,26)$  es mayor que alfa, según lo cual no existen diferencias estadísticamente significativas entre el sexo de la persona y el desarrollo de depresión mayor (Tabla 4). Respecto a la variable “oficio”, un individuo con menor número de crisis tiene mayor probabilidad de tener un oficio estable y, por lo tanto, menor riesgo de desarrollar una depresión mayor (Tabla 6).

Los posibles inconvenientes de este estudio pueden radicar en dos factores básicos: primero, los pacientes provenían de dos instituciones de alta complejidad para trastornos

Tabla 6. Oficio contra frecuencia de crisis

Crisis			
Oficio	0	1 y más	Total
Oficio estable	20 (74,1%) (29,4%)	7 (25,9%) (12,5%)	27 (100,0%) (21,8%)
Oficio no estable	48 (49,5%) (70,6%)	49 (50,5%) (87,5%)	97 (100,0%) (78,2%)
Total	68 (54,8%) (100,0%)	56 (45,2%) (100,0%)	124 (100,0%) (100,0%)

Odds ratio=2,91 (1,12-7,52),  $\chi^2=4,21$ ,  $p=0,04$ .

Nota: una persona que no presenta crisis tiene una oportunidad tres veces mayor de conseguir un oficio estable que aquellas personas que presentan crisis. Como “oficio estable” se consideró ser empleado, estudiante o dedicarse a oficios varios. Dedicarse a las labores del hogar o no tener oficio se consideraron como “oficios no estables”.

psiquiátricos (HPUV) y neurológicos (LCCE). Esto no permite extrapolar los datos a la población general de pacientes con epilepsia. Segundo, los instrumentos que permiten evaluar la presencia de síntomas depresivos en pacientes con epilepsia todavía no están completamente desarrollados. Aunque 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, se podría dificultar la recolección de los datos y determinar con mayor precisión la verdadera prevalencia de la depresión en epilepsia (4); sin embargo, es posible usar el NDDI-E para detectar grados severos de depresión en pacientes con epilepsia.

### Agradecimientos

A la doctora Elsa Patricia Muñoz, por su asesoría metodológica; al doctor Guillermo Barrios, por brindarnos el espacio en su consulta; a Mauricio Hernández, por su colaboración en el procesamiento de los datos, y al personal médico y administrativo de la LCCE y del HPUV, por haber dado la oportunidad para realizar esta investigación.

### Referencias

1. World Health Organization. Atlas: Epilepsy care in the world, 2005 [Internet]. Geneva: Programme for Neurological Diseases and Neuroscience, Department of Mental health and Substance Abuse, World Health Organization; 2005 [Citado 12 noviembre 2008]. Disponible en: [www.who.int/mental\\_health/neurology/Epilepsy\\_atlas\\_r1.pdf](http://www.who.int/mental_health/neurology/Epilepsy_atlas_r1.pdf).
2. Téllez H. Epilepsia: comentario clínico. En Escobar MI, Pimienta HJ (editores). Sistema nervioso. Cali: Universidad del Valle; 2006. pp. 87-8.
3. Takeuchi Y, Guevara JG. Prevalencia de las enfermedades neurológicas en el Valle del Cauca. Estudio Neuroepidemiológico Nacional (EPINEURO). Colombia Med. 1999;30(2):74-81.
4. Rivas J, Kanner AM. Aspectos psiquiátricos de las epilepsias. En Campos M, Kanner A. Epilepsias: diagnóstico y tratamiento. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2005. pp. 776-95.
5. Kanner AM. Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanisms, and treatment. Biol Psychiatry. 2003;54(3):388-98.
6. Kanner AM, Nieto JC. Depressive disorders in epilepsy. Neurology. 1999;53(5 Suppl 2):S26-32.
7. Kanner AM. Depression and epilepsy: a new perspective on two closely related disorders. Epilepsy Curr. 2006;6(5):141-6.
8. Kanner AM, Palac S. Depression in epilepsy: a common but often unrecognized comorbid malady. Epilepsy Behav. 2000;1(1):37-51.
9. Lothe A, Didelot A, Hammers A, Costes N, Saoud M, Gilliam F, et al. Comorbidity between temporal lobe epilepsy and depression: a [18F]MPPF PET study. Brain. 2008;131(Pt 10):2765-82.
10. Gilliam FG, Barry JJ, Hermann BP, Meador KJ, Vahle V, Kanner AM. Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study. Lancet Neurol. 2006;5(5):399-405.
11. Kanner AM. Depression in epilepsy: a complex relation with unexpected consequences. Curr Opin Neurol. 2008;21(2):190-4.
12. Harden CL, Goldstein MA. Mood disorders in patients with epilepsy: epidemiology and management. CNS Drugs. 2002;16(5):291-302.
13. Téllez-Zenteno JF, Patten SB, Jetté N, Williams J, Wiebe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. Epilepsia. 2007;48(12):2336-44.

14. Chacón V, Muñoz C, Rivas J, Miranda C. 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. *Rev Col Psiquiatr.* 2007;36(1):31-40.
15. Rush JA Jr, First MB, Blacker D. *Handbook of psychiatric measures.* Washington: American Psychiatric Association; 2008.
16. Dzul Gutiérrez L, López Gómez M. Traducción y validación del Nddi-E: un instrumento de detección rápida de depresión mayor en epilepsia en población mexicana. En Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. XVI Verano de la Investigación Científica 2006. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; 2006. pp. 369-74.

*Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.*

*Recibido para evaluación: 4 de junio del 2010*  
*Aceptado para publicación: 2 de octubre del 2010*

Correspondencia  
Juan Carlos Rivas Nieto  
Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle  
Calle 5 N° 80-00  
Cali, Colombia  
[jcr@telesat.com.co](mailto:jcr@telesat.com.co)