

Perfil de Síntomas Depresivos en Mujeres con Cefalea Primaria*

Adalberto Campo-Arias, MD^{s1}, Jairo Pareja-angel, MD^{s2}

Antecedentes: La comorbilidad cefalea primaria y síntomas depresivos es frecuente en mujeres de la consulta neurológica. Sin embargo, están por definir el patrón de síntomas depresivos en mujeres con cefalea primaria. **Objetivo:** Conocer el perfil de síntomas depresivos en mujeres con cefalea primaria. **Método:** Se evaluaron 184 mujeres no embarazadas y sin historia psiquiátrica que consultaron por cefalea primaria, migraña el 60.3% y cefalea tipo tensional el 39.7%. La edad promedio del grupo fue 37.7 años (DE 12.8). La escolaridad formal promedio fue 8.5 años. El 64.1% estaban casadas. Dedicadas al hogar 42.9%. Para cuantificar síntomas depresivos se utilizó la escala de Zung. **Resultados:** Las pacientes deprimidas y las no deprimidas fueron similares en las características sociodemográficas. La puntuación media en la escala de Zung fue 51.5 (DE=10.0), los puntajes indicaban depresión clínica en el 55.4% de las pacientes. Los items que mejor discriminaban significativamente las pacientes deprimidas de aquellas no deprimidas fueron: sentirse triste y decaído, deseos de llorar o haber llorado, cansancio sin razón aparente, dificultad hacer las cosas y desesperanza ($p<0.0001$). **Conclusiones:** En mujeres con cefalea los síntomas depresivos más sugestivos de un episodio depresivo, además del estado de ánimo deprimido, son fatiga fácil, irritabilidad e intranquilidad. *Salud UIS 2005;37:122-126.*

Palabras Claves: Síntomas Depresivos, Mujeres, Cefalea.

Background: Among patients from the neurological consultation, primary headache and depressive symptoms are frequent. However, the pattern of depressive symptom has not defined yet in women with primary headache. **Objective:** To know the profile of depressive symptoms in women with primary headache. **Method:** One-hundred eighty-four females with primary headache, migraine 60.3% and tensional-type headache 39.7%, were included, non-pregnant and without psychiatric history. Mean age was 37.7 years (SD=12.8); formal scholarship was 8.5 years (SD=4.6); 64.1% was married; 42.9% housewife and 37.0% employed. The Zung's self-report depression scale (SDS) was utilized for determining depressive symptoms. **Results:** Depressed and non-depressed patients presented similar sociodemographic characteristics. The mean score on SDS was 51.5 (SD=10.0); these scores suggest clinically important depressive symptoms in 55.4% of patients. The most discriminator items were: feeling down-hearted and blue, having crying spells or feel like it, getting tired for no reason, finding it easy to do the things like usually to, and feeling hopeful about future ($p<0.0001$). **Conclusions:** Among women with primary headache, symptom most suggestive of a depressive episode, in addition of depressed mood, are easy fatigue, irritability and restlessness. *Salud UIS 2005;37:122-126.*

Key words: Depressive symptoms, Women, Headache.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia tanto de cefaleas primarias como de trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres¹⁻⁶. Además, en pacientes con cefalea primaria es elevada la comorbilidad o coexistencia de síntomas o trastornos depresivos⁷⁻⁹.

Un episodio depresivo mayor se caracteriza por la presencia de síntomas afectivos, cognoscitivos y somáticos¹⁰. Se ha observado que los pacientes con un trastorno depresivo asociado con una enfermedad física

informan con frecuencia síntomas somáticos que las personas que padecen un trastorno depresivo exclusivamente¹¹. Asimismo, se ha documentado que el informe de síntomas depresivos guarda una relación significativa con el sexo y la cultura¹². Las mujeres refieren un mayor número de síntomas depresivos y, en consecuencia, alcanzan puntuaciones más elevadas cuando se emplean escalas de autoinforme de síntomas¹³. Se ha evidenciado que las mujeres son más dadas que los varones a informar, por ejemplo, sentirse triste y

* Este trabajo se presentó en XVII World Congress of Neurology, London 17-22 June, 2001.

¹ Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Grupo de Neuropsiquiatría UNAB, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

² Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

Correspondencia: Dr. Campo-Arias, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Calle 157 # 19-55, Cañaveral Parque, Bucaramanga, Colombia. E-mail: acampoar@unab.edu.co

deseos de llorar cuando presentan un episodio depresivo mayor¹⁴.

No obstante, hasta la fecha, no se ha informado el perfil de síntomas depresivos más característicos o comunes en mujeres colombianas con cefalea primaria. El conocer este grupo de síntomas ayudaría a una identificación en forma temprana de los posibles casos de episodio depresivo mayor. La comorbilidad de una cefalea primaria y un trastorno depresivo incrementa en forma importante la carga de enfermedad¹⁵ y es una consideración relevante para la escogencia de un plan de tratamiento¹⁶.

El presente informe es parte de un estudio encaminado a determinar síntomas emocionales en pacientes con cefalea primaria recurrente. El objetivo de este informe es presentar los síntomas depresivos más frecuentes en mujeres con cefalea, medidos con la escala de Zung para depresión.

MÉTODO

El presente informe es parte de un estudio descriptivo, prospectivo y corte transversal en el cual se determinó la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con cefalea primaria. Se invitó a participación a los pacientes que solicitaron servicios de neurología en el Hospital Universitario de Cartagena, la Clínica Henríquez de la Vega y de la consulta privada en Cartagena, Colombia. Este estudio lo aprobó el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena y las autoridades competentes de cada institución participante.

El grupo estudiado estuvo conformado por 184 mujeres. Se excluyeron las pacientes embarazadas y aquellas con historia de tratamiento psiquiátrico. La edad del grupo oscilaba entre 18 y 78 años, el promedio fue 37.7 años (DE=12.8). En relación con la escolaridad, ésta estuvo en el rango de 0 a 17 años de educación formal, la media de 8.5 años (DE=4.6). Por su parte el estado civil mostró que 118 (64.1%) pacientes estaban casadas y 66 (35.9%) solteras. Según la ocupación, estaban dedicadas al hogar 79 (42.9%), empleadas 68 (37.0%), desempleadas 27 (14.7%) y estudiantes 10 (5.4%). En lo concerniente al tipo de cefalea diagnosticado, migraña en 111 pacientes (60.3%) y cefalea tipo tensional en 73 (39.7%).

Para cuantificar síntomas depresivos durante las dos últimas semanas se utilizó la escala de Zung para depresión. La escala de Zung consta de 20 ítems y se califican de uno a cuatro puntos cada uno; se obtienen puntuaciones en el rango de 20 a 80, entonces el valor se multiplica por el factor 1.25 y se alcanzan valores entre

25 y 100 puntos. Los puntajes a partir de 50 indican síntomas depresivos con importancia clínica¹⁷. Esta escala ha mostrado una alta sensibilidad y buena especificidad en estudios colombianos^{18, 19}.

Se determinó la correlación de Pearson (r) de cada ítem con el puntaje total. Para definir la consistencia interna de la escala de Zung para depresión se aplicó la prueba de alfa de Cronbach²⁰. Para comparar las puntuaciones en los ítems de pacientes deprimidas y no deprimidas se tomaron como diferencias significativas valores de probabilidad menores de 0.0001 para evitar un error tipo I²¹.

RESULTADOS

No hubo diferencias significativas en las características sociodemográficas entre las pacientes deprimidas y las no deprimidas ($p > 0.05$). Las puntuaciones en la escala de Zung oscilaron entre 31 y 81 puntos, la media fue 51.5 (DE=10.0). Los puntajes indicaban depresión con importancia clínica en 102 (55.4%, IC95% 48.2-62.6) pacientes. La puntuación global fue 58.9 (DE=6.2) en las pacientes deprimidas y 42.3 (DE=4.6) en las no deprimidas, la diferencia fue estadísticamente significativa ($t=20.1$, $gl=182$, $p < 0.0001$).

Los puntajes en trece de los veinte ítems fueron significativamente mayores en las pacientes deprimidas que en las no deprimidas. Estos ítems fueron: sentirse triste y decaído, tener deseos de llorar o haber llorado, sentirse cansado sin razón aparente, hacer las cosas como antes, tener confianza en el futuro, irritabilidad, sentirse inquieto o intranquilo, dificultad para tomar decisiones, cambios en el apetito, palpitaciones, dificultad para concentrarse, sentirse peor en las mañanas y no disfrutar de las actividades cotidianas ($p < 0.0001$). Los siete ítems restantes no discriminaban las pacientes deprimidas de las no deprimidas: deseos de muerte, estreñimiento, insomnio, encontrar desagradable vivir, sentirse inútil e innecesario, disminución de la libido ni pérdida de peso ($p > 0.0001$).

Igualmente, los ítems que discriminaban adecuadamente las mujeres deprimidas de las no deprimidas mostraron correlación importante con la puntuación total, a diferencia de los ítems que no discriminaban en forma satisfactoria (tabla 1). La consistencia interna de la escala de Zung para depresión fue 0.78.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que un posible episodio depresivo en pacientes con cefalea primaria se caracteriza por una combinación de síntomas afectivos,

Tabla 1. Correlación (r) de cada ítem con el puntaje total en la escala de Zung

| Ítem | (r) |
|--|------|
| Se ha sentido triste y decaído | 0.54 |
| Se ha sentido mejor en las mañanas | 0.41 |
| Ha tenido ganas de llorar o ha llorado | 0.54 |
| Ha dormido mal –se despierta muy temprano | 0.29 |
| Ha estado comiendo como siempre | 0.49 |
| Ha notado que ha perdido peso | 0.34 |
| Ha tenido estreñimiento | 0.22 |
| Ha tenido palpitaciones | 0.43 |
| Se ha sentido cansado sin razón aparente | 0.54 |
| Ha tenido su mente tan despejada como siempre | 0.41 |
| Le ha sido fácil hacer las cosas como antes | 0.54 |
| Se ha sentido inquieto, intranquilo | 0.51 |
| Se ha sentido más irritable que de costumbre | 0.52 |
| Le ha sido fácil tomar decisiones | 0.50 |
| Se ha sentido útil y necesario | 0.32 |
| Ha disfrutado con sus actividades cotidianas | 0.39 |
| Ha disfrutado de la compañía de un hombre/mujer | 0.33 |
| Ha tenido confianza en el futuro | 0.53 |
| Ha encontrado agradable vivir | 0.29 |
| Ha creído que los demás descansarían con su muerte | 0.14 |

cognoscitivos y somáticos. Los síntomas que más diferenciaban las pacientes deprimidas de las no deprimidas fueron sentir cansancio sin razón aparente, no hacer las cosas tan fácil como antes, irritabilidad e intranquilidad, mientras que los síntomas menos frecuentemente informados fueron ideación de muerte, estreñimiento y disminución de la libido.

En el presente estudio se observó que las pacientes manifestaron con igual frecuencia síntomas anímicos, cognoscitivos y somáticos. Contrario a estos hallazgos, Chapagain et al. cuantificaron síntomas depresivos con la escala de Hamilton en pacientes posinfarto miocárdico y encontraron que los síntomas somáticos eran mucho más frecuentes que los síntomas afectivos y cognoscitivos¹². Es posible que las características clínicas de la enfermedad médica, la severidad o el pronóstico, expliquen estas diferencias. Druss y Pincus encontraron que la presencia de ideación suicida era cuatro veces más probable en pacientes con cáncer que en la población general; no obstante, en pacientes con diabetes la prevalencia era similar a la población control²². En pacientes con migraña, Breslau observó que una alta prevalencia de ideación e intento suicida²³. La baja frecuencia de deseos de muerte en el grupo de mujeres presentadas en el presente informe puede ser explicada en parte por ser pacientes que asistían a una consulta ambulatoria con síntomas menos marcados. Sin duda,

este de tipo hallazgo es más frecuente en aquellos pacientes con un episodio depresivo mayor grave o severo²⁴.

Se ha insistido que los síntomas somáticos comunes al episodio depresivo mayor y a condiciones médicas como las cefaleas primarias dificultan el diagnóstico clínico del primero²⁵. De tal suerte, se ha sugerido que para la identificación de posibles casos de depresión en personas con enfermedades médicas se utilicen escalas que cuantifiquen sólo síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor. Por esto, la escala de Yesavage para depresión geriátrica se diseñó únicamente con ítems que exploran síntomas cognoscitivos considerando que en las personas adultas mayores son muy prevalentes las condiciones médicas de larga evolución²⁶.

Las escalas tienen una gran utilidad como instrumento de tamizaje. Sin embargo, es muy importante tener presente que el diagnóstico de un episodio o trastorno depresivo es más válido y confiable cuando se realiza con una entrevista clínica, preferiblemente estructurada²⁷.

La identificación precisa de los síntomas más sugestivos de un episodio depresivo mayor en mujeres con cefalea primaria tiene varias implicaciones prácticas. Estos síntomas más sensibles deberían ser investigados en este grupo de pacientes con el propósito de hacer un

diagnóstico más preciso de un episodio depresivo mayor^{25, 27}. En general, los pacientes con enfermedad médica comórbida con un trastorno depresivo tienen un peor pronóstico de los pacientes no deprimidos²⁸. Esta evolución desfavorable se observa también en pacientes con cefalea primaria²⁹. De la misma forma, la existencia de comorbilidad es una consideración adicional para la elección de la medicación³⁰. Las pacientes con migraña que presentan síntomas depresivos importantes o reúnen los criterios para un episodio depresivo mayor deberían recibir medicación antidepressiva. Los antidepressivos tienen efectos no sólo en el control de síntomas depresivos sino también la profilaxis de la migraña^{16, 30}.

Se concluye que en mujeres con cefalea primaria, los síntomas depresivos más característicos son fatiga fácil, irritabilidad y estado de ánimo deprimido. Por otro lado, estas pacientes pocas veces informan deseos de muerte, estreñimiento e insomnio. Se necesita corroborar estos hallazgos en otras regiones y países.

AGRADECIMIENTOS

A la señorita Mayra Martínez Blanco, secretaria del Centro de Investigaciones Tecnológicas y Científicas de la Universidad de Cartagena, por su invaluable colaboración en el proceso logístico de todo el estudio y a la señora Josefina Castellar por su gentil colaboración en la búsqueda bibliográfica.

Es proyecto fue financiado en su totalidad por el Centro de Investigaciones Tecnológicas y Científicas de la Universidad de Cartagena, Colombia.

REFERENCIAS

- Henry P, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF, Duru G, Lantéri-Minet M, et al. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology* 2002; 59: 232-7.
- Pradilla G, Vesga BE, Díaz LA, Pinto NY, Sanabria CL, Baldovino BP, et al. Estudio neuroepidemiológico en la comunidad urbana de Piedecuesta, Santander. *Acta Med Colomb* 2002; 27: 407-20.
- Morillo LE, Alarcon F, Aranaga N, Aulet S, Chapman E, et al. Prevalence of migraine in Latin America. *Headache* 2005; 45: 106-17.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu H-G et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276: 293-9.
- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1091-8.
- de Graaf R, Bijl RV, Smit F, Vollebergh VAM, Spijker J. Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 620-9.
- Swartz KL, Pratt LA, Armenian HK, Lee LC, Eaton WW. Mental disorders and the incidence of migraine headaches in a community sample. Results from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-up Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 945-50.
- Kowacs F, Socal MP, Ziomkowski SC, Borges-Neto VF, Toniolo DP, Francesconi CRM, et al. Symptoms of depression and anxiety, and screening for mental disorders in migrainous patients. *Cephalalgia* 2003; 23: 79-89.
- Kececi H, Dener S, Analan E. Co-morbidity of migraine and major depression in the Turkish population. *Cephalalgia* 2003; 23: 271-5
- Pérez CA. Factores psicológicos que afectan enfermedades médicas. En: Toro RJ, Yepes LE. *Fundamentos de medicina, Psiquiatría*. Tercera edición. Medellín. Corporación para Investigaciones Biológicas 1997: 210-22.
- Chapagain G, Rajbhandari KC, Sharma VD. A study of symptom profile of depression following myocardial infarction Nepal Med Coll J 2003; 5: 92-4.
- Kerr LK, Kerr LD Jr. Screening tools for depression in primary care. The effects of culture, gender, and somatic symptoms on the detection of depression. *West J Med* 2001; 175: 349-52.
- Amézquita ME, González RE, Zuluaga D. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Rev Colomb Psiquiatr* 2003; 32: 341-56.
- Stommel M, Given BA, Given CW, Kalaian HA, Schultz R, McCorkle R. Gender bias in the measurement properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Psychiatr Res* 1993; 49: 239-50.
- Lipton RB, Hamelsky SW, Kolodner KB, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine, quality of life, and depression. A population-based case-control study. *Neurology* 2000; 55: 629-35.
- Campo-Arias A. Antidepressivos en la profilaxis de migraña: una aproximación. *Rev Neurol* 2004; 38: 864-8.
- Zung WWK. Self-report depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
- Campo-Arias, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Barros-Bermúdez JA. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* 2005; 34: 54-62.

19. Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Cadena LP, Hernández NL. Validation of Zung's self-rating depression scale among the Colombian general population. *Soc Behav Person* 2006; 34 (in press).
20. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
21. Norman GR, Streiner DL. *Bioestadística*. Madrid, Mosby-Doyma Libros 1996: 43-4.
22. Druss B, Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illness. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1522-6.
23. Breslau N. Migraine, suicidal ideation, and suicide attempts. *Neurology* 1992; 42: 392-5.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Revised text. Washington DC. American Psychiatric Association; 2000.
25. Holm JE, Penzien DB, Holroyd KA, Brown TA. Headache and depression: confusing effects of transdiagnostic symptoms. *Headache* 1994; 34: 418-23.
26. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17: 37-49.
27. Williams JW, Noël PH, Cordes JA, Ramirez G, Pignone M. Is the patient clinically depressed? *JAMA* 2002; 287: 1160-70.
28. Ormel J, Kempen GI, Deeg DJ, Brilman EI, van Sonderen E, Relyveld J. Functioning, well-being, and health perception in the late middle-aged and older people: comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 39-48.
29. Guidetti V, Galli F. Evolution of headache in childhood and adolescents: an 8-year follow-up. *Cephalalgia* 1998; 18: 449-54.
30. Lake AE, Rains JC, Penzien DB, Lipchick GA. Headache and psychiatric comorbidity: historical context, clinical implications, and research relevance. *Headache* 2005; 45: 493-506.