

Prevalencia de síntomas de ansiedad en pacientes con cefalea primaria

Prevalence of anxiety symptoms in patients with primary headache

Jairo Pareja, Adalberto Campo

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Los pacientes con cefalea primaria, migraña y cefalea tipo tensional, con frecuencia informan un gran número de síntomas de ansiedad. Sin embargo, estos síntomas no se han investigado en pacientes colombianos con cefalea primaria.

OBJETIVO. Establecer la prevalencia de síntomas de ansiedad en una población clínica de pacientes que sufren de cefalea recurrente.

MÉTODOS. Se evaluaron pacientes con cefalea primaria, mayores de 18 años. Se excluyeron aquellos con historia de tratamiento psiquiátrico y las mujeres embarazadas. Se cuantificaron síntomas de ansiedad según la escala de autoinforme de Zung.

RESULTADOS. Se evaluó un grupo formado por 223 pacientes, con edad promedio de 37.0 años (DE 13.0), 82.5% mujeres, la escolaridad promedio fue 8.5 años, 63.2% casados y en su mayoría empleados y amas de casa (79.8%); el 56.1% presentaba migraña, el 43.5% cefalea tipo tensional y el 0.4% cefalea en salvas. Las puntuaciones en la escala para ansiedad fueron en promedio de 52.9 (DE 8.8). El 62.8% de los evaluados presentaba ansiedad con importancia clínica. La prevalencia y las puntuaciones para ansiedad fueron mayores en mujeres que en hombres e independientes de la edad, el nivel educativo, el estado marital y el tipo de cefalea.

CONCLUSIONES. La prevalencia de síntomas de ansiedad en pacientes con cefalea primaria es elevada.

PALABRAS CLAVE: ansiedad, prevalencia, cefalea, pacientes ambulatorios.

(Pareja A, Campo A. Prevalencia de síntomas de ansiedad en pacientes con cefalea primaria. *Acta Neurol Colomb* 2006;22:299-303)

SUMMARY

BACKGROUND. Patients who suffer from primary headache report frequently several anxiety symptoms. However, these symptoms have not been investigated yet among Colombian patients with migraine.

OBJECTIVE. To determine the prevalence of anxiety symptoms in patients with primary headache.

METHOD. Patients over eighteen year-old with primary headaches were evaluated. We excluded patients with mental disorder history and pregnant women. Anxiety symptoms were measured with Zung's self report scale for anxiety.

RESULTS. We included 223 patients. The mean age was 37,0 years (SD 13.0); 82,5% were female, the average scholary was 8,5 years; 63,2% were married; 56,1% had migraine, 43,5% tension-type headache and 0,4% cluster headache. The average score for anxiety was 52,9 (SD 8.8). Clinically significant anxiety symptoms were found in 62,8%. Scores and the prevalence of anxiety symptoms were significantly higher for women than men; but were independent of age, educational level, marital status, and headache type.

We conclude that the prevalence of anxiety symptoms is high in patients with primary headache.

KEY WORDS: anxiety, prevalence, headache, outpatients.

(Pareja A, Campo A. Prevalence of anxiety symptoms in patients with primary headache. *Acta Neurol Colomb* 2006;22:299-303).

Recibido: 16/06/06. Revisado: 29/07/06. Aceptado: 31/10/06.

Jairo Pareja Angel, MD. Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena. Adalberto Campo-Arias, MD. Instituto de Investigaciones del Comportamiento Humano (Bogotá). Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga; Facultad de Medicina, Universidad de Santander (Bucaramanga); Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena; y Escuela de Psicología, Universidad del Sinú Elías Bechara Zainum, Seccional Cartagena, Colombia.

Correspondencia: Dr. Campo-Arias, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Transversal 93 No 53-48, Interior 68, Bogotá, Colombia. Fax: 57 1 223 19 57. E-mail: campoarias@comportamiento.org y campoarias@gmail.com

Este informe es parte de un trabajo que se presentó en el XVII World Congress of Neurology, London, 17-22 June, 2001.

Artículo original

INTRODUCCIÓN

La migraña, la cefalea tipo tensional y otros tipos de cefalea sin lesiones estructurales se clasifican como cefaleas primarias (1). La prevalencia de cefalea varía según la población estudiada; no obstante, se estima que afecta alrededor del 15 por ciento de la población general (2-4). En Colombia, las cefaleas recurrentes pueden afectar hasta un 20 por ciento de las personas residentes en la comunidad (5, 6).

Por su parte, los trastornos de ansiedad pueden afectar aproximadamente al 15 por ciento de la población general a lo largo de la vida (7). En Colombia, la prevalencia puntual de síntomas de ansiedad con significación clínica se acerca al 10 por ciento (8).

Las investigaciones epidemiológicas y en poblaciones clínicas informan que existe una comorbilidad elevada de cefalea con síntomas y trastornos psiquiátricos (9-12). Los diagnósticos asociados más frecuentes son los trastornos de ansiedad, es decir, los pacientes con cefalea primaria reúnen igualmente criterios para trastornos de ansiedad (13-16). Sin duda, la comorbilidad de cefalea y síntomas con importancia clínica o trastornos de ansiedad tiene implicaciones en el manejo y el pronóstico de los pacientes. En estos casos el manejo debe ser integral para mejorar los resultados favorables a largo plazo (17, 18).

En Colombia, hasta la fecha no se ha estudiado la comorbilidad de cefalea primaria y síntomas de ansiedad en pacientes ambulatorios de la consulta neurológica.

El objetivo de este informe es presentar la prevalencia de síntomas de ansiedad en pacientes con cefalea primaria.

MÉTODO

El presente informe es parte de un estudio descriptivo de corte transversal en el cual se determinó la prevalencia de síntomas de ansiedad en pacientes con cefalea primaria utilizando la escala de Zung para ansiedad en dos instituciones hospitalarias y en la consulta privada de Cartagena.

Este proyecto fue evaluado y aprobado por el Centro de Investigaciones Tecnológicas y Científicas de la Universidad de Cartagena, el Hospital Universitario de Cartagena y la Clínica Henrike de la Vega (Instituto de los Seguros Sociales) de Cartagena, Colombia. A todos los pacientes se les solicitó su consentimiento, luego de explicarles los objetivos de la investigación, el riesgo mínimo de la misma y el mantenimiento de la confidencialidad.

Se solicitó la participación de pacientes con cefalea primaria, mayores de 18 años, sin considerar género, ocupación, estado marital, escolaridad ni antecedentes médicos. Se excluyeron aquellos sujetos que no completaron las escalas satisfactoriamente, los pacientes con historia de tratamiento psiquiátrico y las mujeres embarazadas. La muestra se completó durante un año mediante un muestreo no probabilístico, por conveniencia.

Las cefaleas fueron clasificadas siguiendo los criterios de la Sociedad Internacional contra Cefalea (IHS). En esta clasificación se encuentran dos grandes grupos, cefaleas primarias y secundarias. Las cefaleas primarias son: migraña, cefalea tipo tensional, cefaleas en salvas (racimos) y otras cefaleas sin lesiones estructurales o patologías subyacentes. Las cefaleas secundarias son debidas: a trauma, problemas intracraneos vasculares y no vasculares, consumo o abstinencia de sustancias, trastornos metabólicos, cefaleas o dolor facial asociados a trastornos en otros órganos craneanos, neuralgias y otras causas y no clasificadas (1).

Para cuantificar los síntomas de ansiedad durante las dos últimas semanas se utilizó la escala de Zung. Esta escala es un instrumento de autoinforme de síntomas. Da puntuaciones entre 25 y 100 puntos. Las puntuaciones de 50 o más sugieren síntomas de ansiedad con importancia clínica (19). Esta escala no ha sido formalmente validada en Colombia; no obstante ha sido ampliamente utilizada (8) y la experiencia clínica sugiere que es un buen instrumento de tamizaje (20). Adicionalmente, para estimar el comportamiento psicométrico de la escala en esta población se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para conocer la consistencia interna de la escala (21).

Los datos se almacenaron y procesaron en el programa EPI-INFO 6.04 (22). Para la prevalencia se determinó el intervalo de confianza al 95 por ciento (IC 95%); además, en el análisis univariado se hallaron frecuencias, medias y desviación estándar (DE), según el tipo de variable. Para comparar las variables cualitativas (género, estado civil, ocupación, y diagnóstico) se utilizó la prueba de Chi-cuadrado y se determinaron razones de prevalencia (RP).

Para las variables cuantitativas (edad, escolaridad y puntuaciones en las escalas) se utilizó la prueba de Student. Se aceptaron como diferencias significativas valores de probabilidad (p) menores del 5 por ciento.

RESULTADOS

El grupo estudiado estuvo formado por un total de 223 pacientes con un rango de edad entre 18 - 89 años, con una edad promedio de 37.0 (DE 13.0). En relación con el género, el grupo contó con 184 (82.5%) mujeres y 39 (17.5%) hombres. La escolaridad de los evaluados se encontró entre 0 y 22 años de estudio, la media fue 8.5 años (DE 4.7). En lo concerniente al estado marital, 141 (63.2%) mantenían una relación estable (casados y en unión libre) y 82 (36.8%) estaban solteros, separados o viudos. Respecto a la ocupación, 99 (44.4%) estaban empleados, 79 (35.4%) se dedicaban al hogar, 31 (13.9%) estaban desempleados y 14 (6.3%) eran estudiantes.

Según el diagnóstico del tipo de cefalea, 125 (56.1%) presentaban migraña, 97 (43.5%) cefalea de tipo tensional y uno (0.4%) cefalea en salvas (para el análisis se incluyó en el grupo de migraña).

Por su parte, las puntuaciones en la escala de Zung para ansiedad oscilaron entre 35 y 88 puntos, con una media de 52.9 (DE \pm 8.8). Vistos en forma de categorías, 140 pacientes (62.8%, IC 95%, 56.3-60.0) informaron algún grado de ansiedad con importancia clínica. La consistencia interna de la escala fue 0.78.

En el análisis bivariado para las puntuaciones para ansiedad se encontró que fueron significativamente mayores en mujeres que en hombres, 53.7 (DE \pm 9.0) frente a 49.3 (DE \pm 7.1) (t=2.83, gl=222, p<0.006). Igualmente, la presencia de ansiedad con significación clínica fue mayor

en mujeres que en hombres, 67.4 por ciento comparado con 41.0%, RP=2.97 (IC 95%, 1.38-6.46, p<0.002). La ansiedad, cualitativa y cuantitativamente, fue independiente de la edad, la escolaridad, el estado civil, la ocupación y del tipo de cefalea diagnosticado.

DISCUSIÓN

El presente estudio muestra una alta prevalencia de síntomas de ansiedad en pacientes de la consulta neurológica con cefalea primaria, particularmente en migraña y cefalea tipo tensional (62.8%). La puntuación media para ansiedad fue significativamente mayor en mujeres que en hombres; no obstante, no guardó relación con la edad, la escolaridad, el estado civil, la ocupación, ni el tipo de cefalea diagnosticado.

Concordante con estudios en otras poblaciones, se observó que los pacientes con cefaleas informaron un gran número de síntomas de ansiedad (9-11). Aromaa *et al* encontraron que las cefaleas en general se asociaban con síntomas como intranquilidad y “estrés” en la población general (9). Ham *et al* informaron que los pacientes con cefalea primaria, cefalea postraumática y dolor lumbar bajo, puntuaban más alto en síntomas de ansiedad que los controles (10). Ficek y Wittrock, lo mismo que Kowacs *et al* observaron que los pacientes con cefalea tipo tensional refieren un mayor número de síntomas de ansiedad que los controles (11, 12).

En relación con síntomas de ansiedad con importancia clínica en población general, Zwart *et al* encontraron que las personas con cefaleas tenían tres veces más posibilidad de presentar síntomas ansiosos clínicamente importantes (13). Devlen *et al*. documentaron que la prevalencia de síntomas de ansiedad clínicamente significativos era mayor en la personas con migraña (50%), mayor que en otras patologías y que en la población de referencia (14). En relación con trastornos específicos de ansiedad, Breslau y Davis encontraron que la presencia de migraña incrementaba doce veces la posibilidad de presentar un trastorno de pánico (15). Merikangas *et al* comunicaron que la migraña se asociaba particularmente con trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social y fobias simples (16).

Realmente, es alta la prevalencia de síntomas de ansiedad en pacientes con cefalea; esta asociación es un fenómeno complejo explicada por diferentes mecanismos causales (23, 24). Para algunos investigadores sólo la presencia de síntomas de ansiedad incrementa el riesgo de cefalea (9). Algunas investigaciones sugieren que la presencia de síntomas psiquiátricos puede ser una respuesta desadaptativa al dolor, considerando que éstos son muy frecuentes en todas las patologías que cursan con dolor de larga evolución (10, 25). Algunos resultados sugieren que la cefalea incrementa el riesgo de un trastorno de ansiedad (15). En otros trabajos se llegó a la conclusión de que los trastornos de ansiedad y las cefaleas comparten ciertos factores predisponentes comunes (15, 23, 24). Finalmente, algunos investigadores plantean que los trastornos de ansiedad y las cefaleas primarias son enfermedades que hacen parte de un único gran síndrome (26, 27).

La asociación cefalea primaria - síntomas o trastornos ansiosos es de relevancia clínica. La comorbilidad de cefalea con trastornos mentales en general aumenta en forma importante la discapacidad de la persona afectada (28, 29); en estos casos el curso es desfavorable y con mayor tendencia a la cronicidad (17, 18). Asimismo, la coexistencia de cefalea y síntomas y trastornos de ansiedad es un punto a considerar al momento del diagnóstico y del manejo de ambas entidades clínicas (30, 31). Por un lado, es probable que todos los pacientes con migraña ameriten una evaluación cuidadosa para identificar un posible trastorno de ansiedad (32) o por el otro, que todos reciban un manejo profiláctico efectivo, tanto para el control de la migraña como de los síntomas de ansiedad, en este caso la mejor profilaxis sería una medicación antidepressiva que, igualmente, tiene acciones ansiolíticas (33-35). De la misma forma, la indicación de medidas no farmacológicas para el control de los síntomas de ansiedad, como relajación o terapia cognoscitivo-conductual, puede reducir el número anual y la severidad de episodios de migraña, siempre asociadas a medicación profiláctica (31, 36).

Este estudio tiene las limitaciones propias del diseño, no permite evaluar relación causal y sólo debe considerar que existe una asociación importante con síntomas de ansiedad y no con trastornos específicos de ansiedad como

el trastorno de pánico o el trastorno de ansiedad generalizada, según las clasificaciones internacionales de trastornos mentales (37, 38). Asimismo, es necesario tener presente que no se cuenta con una validación con un patrón de oro de la escala de Zung para ansiedad que permita estimar el número de personas que presentarían un trastorno de ansiedad formal (39). Aunque, mostró un alto valor de consistencia interna, esta propiedad no garantiza la validez de criterio (40).

Se concluye que en pacientes con cefalea primaria es alta la prevalencia de síntomas de ansiedad, particularmente en mujeres. Es preciso continuar las investigaciones en esta área para determinar los factores que explican esta comorbilidad.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Luís Carlos Sanín, MD, Docente de la Universidad Javeriana por sus valiosos comentarios y a la señorita Mayra Martínez Blanco, secretaria del Centro de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la Universidad de Cartagena, por el apoyo logístico.

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

REFERENCIAS

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (Suppl 7): 1-96.
2. 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.
3. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA* 1992; 267: 64-7.
4. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olsen J. Epidemiology of headache in population: a prevalence study. *J Clin Epidemiology* 1993; 12: 174-94.
5. Pradilla G, Vesga BE, Leon-Sarmiento FE, Bautista LE, Núñez LC, Vesga E, et al. Neuroepidemiología en el oriente colombiano. *Rev Neurol* 2002; 34: 1035-43.
6. Morillo LE, Alarcón F, Aragana N, Aulet S, Chapman A, Conterno L, et al. Prevalence of migraine in Latin America. *Headache* 2005; 45: 106-17.
7. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB,

- Hughes M, Eshleman S, 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: 8-19.
- 8. Torres Y, Posada JA.** Estudio Nacional de Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, Colombia, 1993. Santafé de Bogotá. Ministerio de Salud; 1995.
- 9. Aromaa M, Sillanpaa M, Rautava P, Helenius H.** Prevalence of frequent headache in young finish adults starting a family. *Cephalalgia* 1993; 13: 330-7.
- 10. Ham LP, Andraski F, Packard RC, Bundrick CM.** Psychopathology in individuals with post-traumatic headaches and other pain types. *Cephalalgia* 1994; 14: 118-26.
- 11. Ficek SK, Wittrock DA.** Subjective stress and coping in recurrent tension-type headache. *Headache* 1995; 35: 455-60.
- 12. 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.
- 13. Zwart JA, Dyb G, Hagen K, Odegard KJ, Dahl AA, Bovim DG, et al.** Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trondelag Health Study. *Eur J Neurol* 2003; 10: 147-52.
- 14. Devlen J.** Anxiety y depression in migraine. *J R Soc Med* 1994; 87: 338-41.
- 15. Breslau N, Davis G.** Migraine, major depression and panic disorder: a prospective epidemiologic study of young adults. *Cephalalgia* 1992; 12: 85-90.
- 16. Merikangas KR, Angst J, Isler H.** Migraine and Psychopathology. Result of the Zurich Cohort study of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 849-53.
- 17. Lipton RB, Newman IC.** Epidemiology, impact, and comorbidities of migraine headaches in the United States. *Neurology* 2003; 60 (Suppl 2): S3-S8.
- 18. Breslau N, Rasmussen BK.** The impact of migraine. Epidemiology, risk factors, and co-morbidities. *Neurology* 2001; 56 (Suppl 1): S4-S12.
- 19. Zung WW.** A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971; 12: 371-9.
- 20. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA.** Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *BMJ* 2001; 322: 406-9.
- 21. Cronbach LJ.** Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
- 22. Dean J, Dean DA, Coloumbier D, Brebdel KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, et al.** Epi Info 6.04c. A word processing, database, and statistic program for public health. Center for Disease Control and Prevention (Atlanta, USA), and World Health Organization (Geneva, Switzerland), 1997.
- 23. Sheftell FD, Atlas SJ.** Migraine and psychiatric comorbidity: from theory and hypotheses to clinical application. *Headache* 2002; 42: 934-44.
- 24. Silberstein SD.** Shared mechanisms and comorbidities in neurological and psychiatric disorders. *Headache* 2001; 41 (Suppl 1): S11-S17.
- 25. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K.** Depression and pain comorbidity. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2433-45.
- 26. Hudson JI, Mangweth B, Pope HG, De Col C, Hausmann A, Gutweniger S, et al.** Family study of affective spectrum disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 170-7.
- 27. Hudson JI, Pope HG Jr.** Affective spectrum disorder: Does antidepressant response identify a family disorders with a common pathophysiology? *Am J Psychiatry* 1990; 147: 152-64.
- 28. Guidetti V, Galli F, Fabrizi P, Giannantoni AS, Napoli L, Bruni O, et al.** Headache and psychiatric comorbidity: clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study. *Cephalalgia* 1998; 18: 455-62.
- 29. Morillo LE, Alarcón F, Aragana N, Aulet S, Chapman A, Conterno L, et al.** Clinical characteristics and pattern of medicament use of migraineurs in Latin America from 12 cities of 6 countries. *Headache* 2005; 45: 118-26.
- 30. Radat F, Swendsen J.** Psychiatric comorbidity in migraine: a review. *Cephalalgia* 2005; 23: 165-78.
- 31. Torelli P, Lambro G, Manzoni GC.** Psychiatric comorbidity and headache: clinical and therapeutical aspects. *Neurol Sci* 2006; 27 (Suppl 2): S73-S6.
- 32. Merikangas KR.** Association between psychopathology and headache syndromes. *Cur Op Neurol* 1995; 8: 248-51.
- 33. Campo-Arias A.** Antidepresivos en la profilaxis de migraña: una aproximación. *Rev Neurol* 2004; 38: 864-8.
- 34. Rapoport AM, Bigal ME.** Migraine preventive therapy: current and emerging treatment options. *Neurol Sci* 2005; 26: S111-S20.
- 35. Savarese M, Guazzelli M, Prudeniano MP, Carnicelli M, Rossi M, Cardinali V, et al.** Tertiary treatment for psychiatric comorbidity in headache patients. *J Headache Pain* 2005; 6: 231-3.
- 36. Lake AE.** 3rd. Behavioral and nonpharmacologic treatments of headache. *Med Clin North Am* 2001; 85: 1055-75.
- 37. Organización Mundial de la Salud.** Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. 10 Edición. Madrid, Meditor 1993.
- 38. American Psychiatry Association.** Diagnostic and statistical manual for mental disorder. Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatry Association, 1994.
- 39. Sánchez R, Gómez C.** Conceptos básicos sobre la validación de escalas. *Rev Colomb Psiquiatr* 1998; 27: 121-30.
- 40. Oviedo HC, Campo-Arias A.** Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psiquiatr* 2005; 34: 572-80.