



Prevalence of anxiety and depression and their relationship with overactive bladder

Prevalencia de ansiedad y depresión y su relación con vejiga hiperactiva

José Ignacio Leyva-Vázquez,^{1*}
 Omar Treviño-Cavazos,¹
 Karen Michelle Loya-Maldonado,¹
 Juan Carlos Herrera-Morales,¹
 Guadalupe Guerrero-Reyes,¹
 Adrián Gutiérrez-González,²
 Ricardo Hernández-Velázquez.¹

Abstract

Background: overactive Bladder Syndrome (OAB) is defined by the International Continence Society as urgency, frequency, and nocturia, with or without urge urinary incontinence (UUI), in the absence of urinary tract infection. In Mexico, a prevalence of OAB has been reported at 19 %. These urinary symptoms can lead to affective disorders; in the United States, the prevalence of anxiety and depression in patients with OAB is 16.9 %.

Objective: to determine the prevalence of anxiety and depression and their relationship with overactive bladder.

Material and methods: prolective, cross-sectional, analytical study in a tertiary care center. From August 1 to September 30, 2024. Consecutive sampling. 95 adult female patients with OAB were included. Validated Spanish questionnaires were used: the International Consultation on Incontinence Questionnaire for Overactive Bladder (ICIQ-OAB) and the Depression, Anxiety, and Stress Scale-21 (DASS-21). The Excel 2016 database. Association with Fischer's exact, and SPSS v25® were used.

Results: the 70-79 age group presented symptoms in 31.6 %. The most common OAB symptoms were urgency and UUI, with 50.5 % and 47.4 % reporting "sometimes." Of the total patients, 10.5 % presented depression and 17.9 % anxiety. No significant association was found between OAB symptoms and affective disorders.

Conclusions: depression and anxiety are prevalent in women with OAB. Studies with larger samples and control groups are needed to corroborate the associations between OAB symptoms and affective disorders.

Key words:

Depression, anxiety, overactive bladder, urinary urgency

Autor de correspondencia: *José Ignacio Leyva Vázquez.

Dirección: Av. Félix Cuevas #540, Colonia Del Valle, Benito Juárez, CP. 03100, Ciudad de México, México. Correo electrónico: nacho9087@hotmail.com

Citación: Leyva-Vázquez J. I., Treviño-Cavazos O., Loya-Maldonado K. M., Herrera-Morales J. C., Guerrero-Reyes G., Gutiérrez-González A., et al. Prevalencia de ansiedad y depresión y su relación con vejiga hiperactiva. *Rev Mex Urol.* 2026;86(3):1-14.

¹. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Ciudad de México, México.

². Universidad Autónoma de Nuevo León, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Nuevo León, México.

Recibido: 6 de julio de 2025.

Aceptado: 9 de marzo de 2026.



Resumen

Antecedentes: el síndrome de vejiga hiperactiva (VHA) se define según la Sociedad Internacional de Continencia como la urgencia, frecuencia y nocturia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia (IUU), en ausencia de infección del tracto urinario. En México se reportó una prevalencia de VHA en un 19 %. Estos síntomas urinarios pueden generar trastornos afectivos, en Estados Unidos existe una prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VHA del 16.9 %

Objetivo: determinar la prevalencia de ansiedad y depresión y su relación con vejiga hiperactiva.

Material y métodos: estudio prolectivo, transversal, analítico, en un centro de tercer nivel. Del uno de Agosto al 30 de Septiembre de 2024. Tipo de muestreo consecutivo. Se incluyeron 95 pacientes mujeres, mayores de edad con VHA. Se utilizaron cuestionarios validados en español *International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder* (ICIQ-OAB) y *Depression Anxiety and Stress Scale-21* (DASS-21). Base de datos Excel 2016. Asociación con exacta de Fischer, SPSS v25®.

Resultados: el grupo de 70-79 años se presentó en un 31.6 %. Los síntomas más frecuentes de VHA fueron la urgencia y la IUU en “algunas veces” con 50.5 % y 47.4 %. Del total de pacientes, 10.5 % presentó depresión y 17.9 %, ansiedad. No se encontró asociación significativa entre los síntomas de VHA y trastornos afectivos

Conclusiones: la depresión y la ansiedad son prevalentes en mujeres con VHA. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral y grupo control para corroborar las asociaciones entre los síntomas de VHA con trastornos afectivos.

Palabras clave:

Depresión, ansiedad, vejiga hiperactiva, urgencia urinaria

Introducción

La asociación entre trastornos afectivos como depresión y ansiedad, y síntomas del tracto urinario se han descrito desde 1964.⁽¹⁾ Acorde a la Organización Mundial de la Salud estos trastornos afectivos son una causa importante de problemas de salud, con una prevalencia en Estados Unidos cerca del 18 % en la población femenina. La depresión y ansiedad se caracterizan por un conjunto de síntomas que pueden derivar de una serie de condiciones crónicas incluido el síndrome de VHA. Alguna evidencia indica que los síntomas urinarios y afectivos comparten vías biológicas que pueden explicar su correla-

ción, sin embargo, permanece desconocida.⁽²⁾

El impacto psicológico de la VHA se ha demostrado con su asociación con niveles elevados de depresión y ansiedad, ya que se presentan emociones específicas como vergüenza, baja autoestima y autoculpa.⁽³⁾

La vejiga hiperactiva se definió en el año 2002 por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) y en 2010 por la Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA), como un síndrome de síntomas de almacenamiento caracterizado por urgencia urinaria, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, acompa-

ñado de frecuencia urinaria diurna (FUD) y nocturna/nocturia (FUN) aumentada en ausencia de infección del tracto urinario u otra patología. En Estados Unidos esta patología tiene una prevalencia del 16.9 % en la población femenina en todos los grupos de edad,⁽²⁾ en México se encontró una prevalencia del 19 %.⁽⁴⁾ En el mundo se ha informado una prevalencia de trastornos afectivos en pacientes con vejiga hiperactiva del 27.5 %.⁽⁵⁾

A pesar de la evidencia que existe a nivel internacional que demuestra una relación entre vejiga hiperactiva y los trastornos afectivos, en México existen pocos estudios que evalúen de forma simultánea la prevalencia de depresión y ansiedad mediante instrumentos validados en pacientes con diagnóstico de vejiga hiperactiva. Además, no se dispone de información proveniente de otros centros de referencia nacional que también atienden pacientes con esta patología, lo que limita la comprensión del impacto real de estos trastornos en nuestra población. Considerando las posibles diferencias sociodemográficas, culturales y clínicas, resulta relevante determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres con vejiga hiperactiva a nivel nacional, con el fin de fortalecer estrategias de detección oportuna y promover un abordaje multidisciplinario que mejore los resultados clínicos en las pacientes.

En el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, un centro de referencia uroginecológica de tercer nivel que atienden pacientes de toda la república mexicana, se desconoce el grado de relación entre estas patologías. Esto puede contribuir al subdiagnóstico y manejo incompleto de las pacientes, por lo tanto el presente estudio busca generar evidencia local que permita dimensionar la magnitud del problema, lo que permitirá generar estrategias que sirvan

como base para futuros estudios en otros centros del país

Antecedentes generales

Los síntomas del tracto urinario inferior (LUTS por sus siglas en inglés), tienen una alta prevalencia a nivel mundial, y es bien conocido su efecto negativo en la calidad de vida, sueño y aspecto psicosocial. En el estudio Epidemiológico de Incontinencia Urinaria y Comorbilidades (EPIC), que incluyó países de Europa, reportó una prevalencia de LUTS en mujeres > 40 años del 66.6 %. Por otro lado, la depresión y ansiedad presentan una prevalencia global del 16.5 %, estos trastornos afectivos presentan un efecto negativo en la percepción, desarrollo y prolongación de los LUTS.⁽¹⁾

Los LUTS son una serie de síntomas relacionados con el tracto urinario bajo, que se originan desde la uretra, vejiga o musculatura del piso pélvico. Se clasifican en síntomas de almacenamiento y vaciamiento. Los síntomas de almacenamiento incluyen frecuencia urinaria, urgencia, nocturia, incontinencia urinaria.⁽⁶⁾

La vejiga hiperactiva se definió en el año 2002 por la Sociedad Internacional de Continencia y en 2010 por la Asociación Internacional de Uroginecología, como un síndrome de síntomas de almacenamiento caracterizado por urgencia urinaria,⁽²⁾ con incontinencia urinaria de urgencia (VHA húmeda) o sin incontinencia (VHA seca),⁽⁷⁾ acompañado de frecuencia urinaria diurna aumentada y nocturia,⁽³⁾ en ausencia de infección del tracto urinario u otra patología. En Estados Unidos esta patología tiene una prevalencia del 16.9 % en la población femenina en todos los grupos de edad,⁽²⁾ en México se encontró con una prevalencia del 19 %.⁽⁴⁾

Esta condición se incrementa con la edad, con una prevalencia a los 75 años de 31 % en mujeres, la cual puede afectar de forma importante la calidad de vida tanto en el aspecto psicológico, emocional, social, físico y sexual;⁽³⁾ con presencia de síntomas más severos en la población femenina de hasta un 68 %.⁽⁴⁾

La nocturia se define según la ICS como la queja de despertar una o más veces por las noches para orinar, y que es precedida y seguida de sueño. En el estudio EPIC presentó una prevalencia general del 54.5 % en mujeres con LUTS que incrementó hasta un 70.8 % en >60 años.⁽¹⁾ En México se encontró como síntoma más común hasta en un 81 % de las pacientes con VHA.⁽⁴⁾ Como resultado, se ha identificado como un factor que incrementa el riesgo de trastornos afectivos.⁽¹⁾ En el mundo se ha informado una prevalencia de trastornos afectivos en pacientes con vejiga hiperactiva del 27.5 %.⁽⁵⁾

Trastornos afectivos

La depresión y ansiedad son las quejas más frecuentes en psiquiatría y la primera causa de discapacidad en el mundo, además de ser reconocidos como problemas de salud pública especialmente en países en desarrollo, su detección oportuna es esencial para proveer intervenciones psicológicas.⁽⁸⁾ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 615 millones de personas sufren de estos trastornos con un costo global de \$1 trillón de dólares anuales. Dado que la prevalencia de estos trastornos parece ir incrementando, es importante que exista un instrumento psicométrico que sea fácil de usar para diagnosticar rápidamente estos trastornos.⁽⁹⁾

Según los criterios diagnósticos del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales 5.^a edición (DSM5), la depresión y ansiedad han sido clasificadas como trastornos afectivos. Estos trastornos afectivos se caracterizan por un conjunto de síntomas que pueden surgir como respuesta de una variedad de situaciones sociales o condiciones médicas crónicas como la VHA.

Los síntomas de almacenamiento son responsables de la aparición o exacerbación de problemas emocionales, psicológicos, sexuales y sociales. Este deterioro en el estado de ánimo se observa en pacientes con VHA, sin embargo, cerca del 50 % de las mujeres con esta patología no reciben tratamiento para los trastornos afectivos.⁽²⁾

Existe evidencia que vincula los LUTS con depresión y ansiedad. Es importante conocer que un porcentaje de pacientes con LUTS tienen mayor probabilidad de presentar depresión e ideas suicidas. Por tanto, existe un cierto grado de morbilidad psiquiátrica, el cual tiene una implicación importante en el manejo de los pacientes con LUTS.⁽¹⁾

Instrumentos de medición

ICIQ

La Consulta Internacional sobre el Cuestionario de Incontinencia y Vejiga Hiperactiva (ICIQ-OAB), es un cuestionario simple, rápido y autoadministrable validado al español. Consiste en seis preguntas. La pregunta uno y dos indican la fecha de nacimiento y género, la tres, cuatro, cinco y seis se dividen en a y b ambas con una escala Likert. La pregunta tercera determina la frecuencia, la cuarta la nocturia, la

quinta la urgencia y la sexta la incontinencia urinaria de urgencia (algunas veces: leve, bastantes veces: moderado, la mayoría de las veces y siempre: severo). Los puntos b son una escala sobre el grado de molestia del síntoma, 0-3: nula o mínima, 4-6: moderada, 7-10: severa.^(4,10)

DASS-21

La escala de Depresión, Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21) fue creada por Lovibond en 1995, con el objetivo de maximizar la discriminación entre la percepción subjetiva de ansiedad y depresión,⁽⁸⁾ ayudando a cuantificar estos trastornos en la última semana previa a su evaluación.⁽⁶⁾

Esta escala está validada en español, con una buena consistencia interna (Alfa de Cronbach) de 0.92-0.95, y para cada subescala de 0.86-0.92 en caso de depresión y 0.80-0.87 en caso de ansiedad.⁽⁸⁾ Por otra parte, la fiabilidad de esta escala en la población de México reporto 0.81 para la subescala de depresión, 0.76 para la subescala de ansiedad y de 0.86 para la escala en general.⁽¹¹⁾

Es un conjunto de 3 escalas designadas para medir el estado emocional de depresión, ansiedad y estrés. Para cada una, siete preguntas fueron asignadas con una escala tipo Likert de 0 a 3 (0: nunca, 1: a veces, 2: a menudo, 3: casi siempre). El puntaje total individual de cada sección se multiplica por 2. Acorde los estándares internacionales, se valoraron los grados de severidad de depresión, ansiedad y estrés (normal, leve, moderado, grave y extremadamente grave). A mayor puntaje, peor estado de salud.

La disforia, desesperanza, la tristeza, autopercepción, falta de interés, anhedonia e inercia se valoran en la escala de depresión. La excitación autónoma, los efectos del músculo

esquelético, la ansiedad y la sensación subjetiva de afecto ansioso se miden en la escala de ansiedad. Los niveles de excitación crónica inespecífica se valoran en la escala de estrés.⁽⁶⁾

Antecedentes específicos

Menoti *et al.*, en el 2017 en Brasil, en un meta-análisis que incluyó tres artículos con 7468 pacientes con depresión y 8030 pacientes con ansiedad, se usó la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria como instrumento validado. Reportaron una prevalencia de OAB del 18.9 %. Los estudios mostraron una asociación entre OAB y puntajes altos de depresión y ansiedad. La incontinencia urinaria de urgencia como síntoma aislado mostró una asociación con peores puntajes de depresión y ansiedad, además de una mayor tasa de estrés 36.4 % vs 19.6 % sin incontinencia urinaria de urgencia. La prevalencia de depresión en mujeres incontinentes fue de 39.8 % vs continentes 23.2 % con VHA.⁽²⁾ Cruz *et al.*, en 2018, en México, un estudio descriptivo, transversal, observacional, incluyó 176 mujeres, se aplicó cuestionario ICIQ-OAB, el 78 % (n = 137) con urgencia urinaria como síntoma cardinal de OAB (p < 0.05). Se presentó una prevalencia de OAB en ciudad de México del 19 %. La nocturia como síntoma concomitante de OAB en el 81 %.⁽⁴⁾

Pethiyagoda *et al.*, en el 2021 en Sri Lanka, en un estudio transversal y descriptivo que incluyó 161 mujeres, se aplicó la Puntuación Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS) para LUTS y el DASS-21 para valorar estado emocional. El síntoma más prevalente fue la nocturia (81 %). La prevalencia de LUTS moderados-severos (IPSS > 7) fue 50.35 % con ansiedad, 36.17 % con depresión moderada-ex-

trema y 30.5 % con estrés. Concluye que la correlación más significativa se encontró entre LUTS y depresión ($p = 0.001$).⁽⁶⁾

Kawahara *et al.* en el 2021 en Japón, en un estudio prospectivo, que incluyó 300 mujeres, se aplicó el inventario rápido validado al japonés para la sintomatología depresiva (QIDS-J) y el puntaje de OAB (OABSS). Se encontró depresión moderada-severa en 46.6 % ($n = 116$) y leve en 21 % ($n = 107$). La prevalencia de VHA fue de 30 % en depresión severa, 26.7 % en severa, 24.2 % en moderada y 17.8 % en leve ($p = 0.003$). Concluyen que la depresión afecta los síntomas urinarios.⁽¹²⁾

Lai *et al.* en el 2016 en Estados Unidos, un estudio de casos y controles, incluyó 51 mujeres con OAB y 30 controles, se aplicó la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HADS) el cual consta de catorce puntos, siete para depresión y siete para ansiedad. Acorde al puntaje se clasificó la depresión en leve 8-10, moderada 11-14 y severa 15-21. Para la sintomatología urinaria se utilizó el cuestionario ICIQ-OAB. En los hallazgos el 27.5 % de las pacientes con VHA presentaron depresión leve y 12 % moderada-severa. Las pacientes con VHA reportaron puntajes más altos de HADS que los controles (5.3 ± 3.9 versus 2.8 ± 3.9 , $p = 0.004$). Las pacientes con VHA con depresión reportaron síntomas de incontinencia más severos que las pacientes con VHA sin depresión ($p = 0.001$). Concluye que aproximadamente el 30 % de las pacientes con VHA tienen depresión, además que las pacientes con VHA y depresión reportan síntomas urinarios más severos en comparación con aquellos sin depresión.⁽⁵⁾

Palma *et al.* en Brazil 2013, un estudio prospectivo, que incluyó 1050 mujeres de 20-45 años con VHA, en quienes se aplicó el cuestionario ICIQ-OAB. Este estudio determi-

nó una mayor severidad de todos los síntomas urinarios, principalmente de la urgencia urinaria, en el grupo de mayor edad (35-45) en comparación con los grupos de menor edad ($p < 0.0001$). Concluye que existe un incremento directamente proporcional de los síntomas urinarios, en especial de la urgencia urinaria, conforme aumenta la edad. Esto pudiera estar debido a la disminución de estrógenos conforme avanza la edad.⁽¹⁰⁾

Reis *et al.* en 2021 en Brasil, en su estudio transversal, donde incluyeron 234 mujeres. Se aplicaron cuestionarios ICIQ-OAB y DASS-21. En relación a las pacientes con VHA el 48.3 % con ansiedad leve y moderada ($p = 0.005$) y estrés leve ($p = 0.027$). Concluye que el riesgo de depresión, ansiedad y estrés es más alto en pacientes con incontinencia urinaria.⁽¹³⁾

Bradley *et al.*, en 2017 en Estados Unidos, en su estudio de cohorte prospectivo, se incluyeron 1107 pacientes, se aplicó el Inventario de Angustia Urogenital (UDI). Se identificó OAB en el 22 % ($n = 242$) de las pacientes con depresión y 9.2 % ($n = 102$) con ansiedad. Posterior a un año de tratamiento con terapia conductual, la remisión de VHA fue menor en pacientes con depresión en comparación con aquellas sin depresión (19.2 % vs 41.3 %, $p = 0.01$), al igual en pacientes con ansiedad y sin ansiedad (28.7 % vs 42.2 %, $p = 0.03$). Concluyen que estos trastornos influyen en el desarrollo de VHA, por tanto, los médicos deben realizar estudios de tamizaje diagnóstico de trastornos mentales en mujeres con VHA de novo o persistente.⁽¹⁴⁾

Melotti *et al.*, en 2018 en Brasil, en un estudio transversal, incluyó 274 mujeres con OAB, se aplicó cuestionario de Depresión y Ansiedad de Beck. Depresión moderada y severa en 59.8 % ($p = 0.0031$); ansiedad moderada y severa en 62.4 % ($p = 0.0049$) de las pacientes con VHA.

La depresión severa presenta mayor nocturia ($p = 0.0046$) e IUU ($p = 0.0261$). La ansiedad severa y moderada presentan mayor nocturia ($p = 0.0118$) e IUU ($p = 0.03$).⁽¹⁵⁾

Materiales y métodos

Estudio prolectivo, transversal, analítico, homodémico en un centro de tercer nivel. Del uno de agosto al 30 de septiembre de 2024. Tipo de muestreo consecutivo. Se incluyeron 95 pacientes mujeres, mayores de edad con VHA que acudieron a la consulta externa de Urología Ginecológica en Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Se utilizaron cuestionarios validados en español *International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder* (ICIQ-OAB) y *Depression Anxiety and Stress Scale-21* (DASS-21). Base de datos Excel 2016, estadística exacta de Fischer, SPSS v25®.

Tamaño de muestra

Se calculó el tamaño muestral con una fórmula para estimar una proporción (de pacientes con VHA y trastornos afectivos), al desconocer en esta población la frecuencia de estos trastornos, se maximizó el tamaño muestral al definir la proporción a estimar (p) como 50 %. En la fórmula “ Z ” es el valor crítico de alfa (5 %) a dos colas, que es el recíproco de la proporción ($1-p$) y “ e ” es el margen de error (10 %).

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 pq}{e^2} \quad n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.1)^2} = n = 97$$

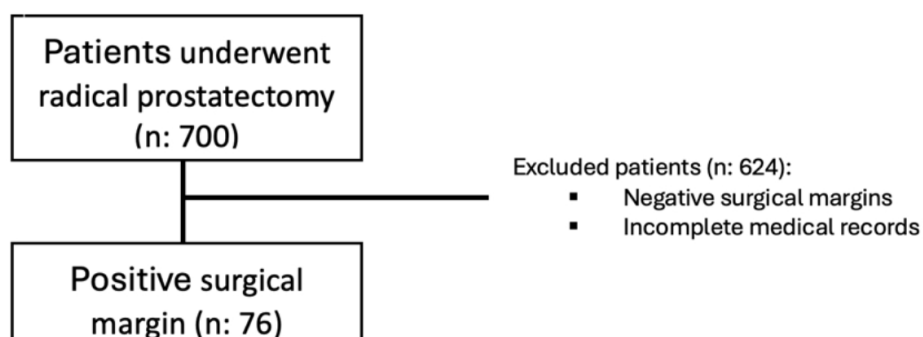
Análisis estadístico

Se calcularán conteos y porcentajes para las variables cualitativas. Para calcular la prevalencia, el número de casos existente se divide entre el tamaño total de la población, este resultado se multiplica por 100 para expresarla como porcentaje. Se calcularán medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas de acuerdo a prueba de normalidad correspondiendo a Kolmogórov-Smirnov, dado que la muestra es mayor a 50. La correlación se determinará con Exacta de Fisher y un valor de $p < 0.05$. Las pruebas estadísticas se realizan con un nivel de confianza al 95 %. El análisis se realizará con el software IBM SPSS Statistics v25 ®.

Resultados

Esta línea de investigación se efectuó encuestando a 95 paciente con diagnóstico de VHA que acudieron a la consulta externa de Uroginecología. De estas, diez presentaron depresión y diecisiete ansiedad (Figura 1).

Figura 1. Descripción de grupos de estudio



Se estudiaron los aspectos sociodemográficos, comorbilidades y datos clínicos.

En cuanto a los aspectos sociodemográficos, se encontró una media de edad de 64.8 años, mediana de 67 años, DE 10.8 años, edad mínima de 40 años y máxima de 90 años. Donde el grupo de edad más afectado es el de 70-79 años con el 31.6 % (n = 30) de participantes. En la escolaridad predominó el nivel licenciatura con el 51.6 % (n = 49) de las participantes y en cuanto al estado civil se observó mayormente el grupo de casadas con el 57.9 % (n = 55) de las participantes (Tabla 1).

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos

Variable	Frecuencia	%
Edad agrupada		
40-49	9	9.5
50-59	22	23.2
60-69	29	30.5
70-79	30	31.6
80-89	4	4.2
>90	1	1.1
Escolaridad		
Analfabeta	4	4.2
Primaria	15	15.8
Secundaria	8	8.4

Preparatoria	19	20.0
Licenciatura	49	51.6
Estado civil		
Soltera	23	24.2
Casada	55	57.9
Viuda	14	14.7
Divorciada	3	3.2

Fuente: Encuesta

Simbología: %= porcentaje

Respecto de las comorbilidades, es importante mencionar que la mayoría de pacientes no presentó comorbilidades; en el caso de diabetes *mellitus* se observó en el 25.3 % (n = 24) participantes y, portadoras de hipertensión arterial sistémica el 42.1 % (n = 40) de las participantes (Tabla 2).

Tabla 2. Comorbilidades.

Variable	Frecuencia	%
Diabetes <i>mellitus</i>		
Sí	24	25.3
No	71	74.7
Hipertensión arterial sistémica		
Sí	40	42.1
No	55	57.9

Fuente: Encuesta

Simbología: %= porcentaje

Respecto a los datos clínicos encontrados, se observó que el 45.3 % (n = 43) de las participantes reportó una frecuencia urinaria diurna de 9-10 veces por día, mientras que solo el 4.2 % (n = 4) presentó más de trece veces por día.

En relación a la frecuencia urinaria nocturna se observó que el 30.5 % (n = 29) de las participantes reportó una sola micción, en tanto que el 18.9 % (n = 18) de las reportó cuatro o más.

La urgencia urinaria se reportó en el 50.5 % (n = 48) de las participantes en el rubro de algunas veces, y el 11.6 % (n = 11) reportaron la urgencia como siempre.

En la incontinencia urinaria de urgencia se observó en el 47.4 % (n = 45) de las participantes con algunas veces y en el rubro de siempre se observó un 9.5 % (n = 9) (Tabla 3).

Tabla 3. Datos clínicos.

Variable	Frecuencia	%
Frecuencia urinaria diurna		
1-6 veces	12	12.6
7-8 veces	26	27.4
9-10 veces	43	45.3
11-12 veces	10	10.5
> 13 veces	4	4.2
Frecuencia urinaria nocturna		
Ninguna	10	10.5
1 vez	29	30.5
2 veces	19	20.0
3 veces	19	20.0
4 veces y más	18	18.9
Urgencia urinaria		
Nunca	5	5.3
Algunas	48	50.5
Bastantes	18	18.9
La mayoría	13	13.7
Siempre	11	11.6
Incontinencia urinaria de urgencia		
Nunca	24	25.3
Algunas	45	47.4
Bastantes	11	11.6
La mayoría	6	6.3
Siempre	9	9.5

Fuente: Encuesta

Simbología: %= porcentaje

En cuanto a las variables de estudio se observó una prevalencia general de trastornos afectivos del 28.4 % (n = 27). En cuanto a la depresión se encontró una prevalencia del 10.5 % (n = 10), predominando la depresión leve con el 8.4 % (n = 8); en cuanto a la ansiedad esta fue del 17.9 % (n = 17) con predominio de ansiedad leve en 13.7 % (n = 13) (Tabla 4).

Tabla 4. Depresión y ansiedad en las participantes

Variable	Frecuencia	%
Trastornos afectivos	27	28.4
Depresión		
Normal o sin Depresión	85	89.5
Leve	8	8.4
Moderada	2	2.1
Ansiedad		
Normal o sin Ansiedad	78	82.1
Leve	13	13.7
Moderada	3	3.2
Grave	1	1

Fuente: Encuesta. Simbología: %= porcentaje

La relación de VHA con depresión y ansiedad, se efectuó de acuerdo a cada uno de los síntomas de forma aislada, sin embargo, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Discusión

La VHA según la ICS se define por la presencia de urgencia, frecuencia, nocturia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, en ausencia de infección del tracto urinario. En México se reportó una prevalencia del 19 %. Estos síntomas urinarios puede generar trastornos afectivos como ansiedad y depresión. En Estados Unidos se reportó una prevalencia de trastornos en pacientes con VHA en un 16.9 %.^(2,4)

El cálculo del tamaño de muestra era 97 pacientes, sin embargo solo se logró incluir a 95 pacientes, lo que no afecta los resultados de forma significativa ya que el margen de error incrementó de 0.1 a 0.1005.

En relación con los datos sociodemográficos reportados en la literatura por Lai (2016), Melotti (2018), Cruz (2018) y Reis (2021); refieren una edad promedio de 52 años, aunque, Palma (2013) y Bradley (2017), reportaron la media en 30 años. Nuestro estudio reportó con mayor frecuencia pacientes de la tercera edad (promedio de 64 años), lo que podría afectar en la percepción de la enfermedad debido al síndrome genitourinario por hipoestrogenismo como lo comenta Palma en su estudio.^(1,3,8,10,11,14)

En referencia a la escolaridad, Bradley (2017) y Melotti (2017) reportaron carrera técnica en un 52.3 % y secundaria en 51.1 % respectivamente, seguido de nivel licenciatura (36.8 % y 13.1 %). El estado civil casada se reportó en con un mínimo de 52.9 % y un máximo de 70 % por Bradley (2017) y Melotti (2017). Nuestra investigación reportó principalmente escolaridad licenciatura

en un 51.6 % y datos similares al estado civil casada con un 57.9 %.^(1,10)

En relación a las comorbilidades en nuestro estudio las dos con mayor relevancia fueron la diabetes *mellitus* con una prevalencia de 25.3 % y la hipertensión arterial con 42.1 %, lo cual difiere con artículos publicados, en la cual la prevalencia de estas comorbilidades es menor con un 8.8 % en caso de diabetes y un 28.3 % en caso de la hipertensión arterial. Esta diferencia podría estar relacionado con la edad promedio de las pacientes, ya que en nuestro estudio predominaron las pacientes de la tercera edad.⁽¹⁴⁾

Con respecto a la presencia de síntomas afectivos en pacientes con VHA, la mayoría de artículos mencionan prevalencias altas de depresión y ansiedad. Melotti *et al.*, reportaron una prevalencia de depresión del 59.8 % y de ansiedad del 62.4 %, así como Reis del 37.16 % y 36.28 % respectivamente. Nosotros en nuestra investigación encontramos una prevalencia de trastornos afectivos más bajas, para depresión 10.5 y ansiedad 17.9 %.^(10,14)

En relación a la severidad de depresión y ansiedad, Melotti, Reiss y Lai encontraron en mayor proporción depresión principalmente moderada de 11.5 % a 36.5 %, seguida de severa de 10.6 % a 23.3 %. No así en nuestra investigación donde la severidad de la depresión se reportó como leve en un 8.4 %. En relación a la ansiedad, los estudios reportaron en su mayoría severidad moderada de 11.5 % a 31.4 %, seguida de severa de 19.4 % a 31 %. En nuestra investigación se encontró con mayor frecuencia de tipo moderada en un 13.7 %. Estas diferencias en los porcentajes de severidad son debidas al uso de diferentes instrumentos para la evaluación de los trastornos afectivos.^(8,10,14)

En lo que concierne a la presencia y severidad de los síntomas de VHA en pacientes

con trastornos afectivos Bradley reportó la presencia de síntomas moderados de VHA en un 32.5 %. Cruz divide estos síntomas en urgencia urinaria en un 78 %, con predominando de la severidad moderada – severa del 16 %, seguida de la IUU en un 52 %. Al compararlo con nuestros hallazgos tenemos que la urgencia se presentó de forma leve en un 50.5 % y la IUU en un 47.4 %, estas variaciones pueden deberse al uso de diversos instrumentos para la sintomatología urinaria, así como la edad de las pacientes, la escolaridad que pueden influir en el grado de entendimiento y especificación de los síntomas urinarios.^(1,3)

Por último, Menotti fue el único estudio que reportó que los trastornos afectivos tienen una relación significativa con los síntomas de VHA. En nuestro estudio esta relación no fue significativa probablemente a que en algunas pacientes ya existían intervenciones médicas por urología ginecológica que mejoraron los síntomas de VHA ($p > 0.05$ %).⁽⁹⁾

Perspectivas

Los resultados de este estudio servirán de base para seguir realizando investigación en el área de Urología Ginecológica.

Limitaciones

Estudio unicéntrico en una unidad de tercer nivel de atención sin grupo control y diseño transversal. Estudios futuros deberán tener un enfoque longitudinal, buscar ser multicéntricos e incorporar controles pareados para las comparativas, con la finalidad de confirmar estos resultados.

Conclusiones

La prevalencia general de depresión y ansiedad en pacientes con vejiga hiperactiva en este estudio fue del 28.4 %, y del 10.5 % y 17.9 % respectivamente. Los síntomas más frecuentes de VHA fueron la urgencia 50.5 % y la incontinencia urinaria de urgencia 47.4 %.

Los comportamientos asociados con los trastornos afectivos impiden una respuesta favorable a las diversas intervenciones clínicas; ya que la ansiedad incrementa el riesgo de desarrollar síntomas de VHA y la depresión disminuye la remisión de esta sintomatología en un 63 %. Las diferentes terapias conductuales para el manejo de la VHA requieren una colaboración activa de la paciente, sin embargo la falta de motivación hace que estas terapias no tengan el éxito deseado. Los uroginecólogos no estamos capacitados para el diagnóstico de depresión y ansiedad, de ahí la importancia de una búsqueda intencionada de estos trastornos afectivos con un instrumento homogeneizado de aplicación rápida de consultorio en pacientes con VHA, con esto se podrá valorar envío a psiquiatría para un manejo multidisciplinario conjunto en nuestra unidad, con el fin de obtener mejores resultados con las pacientes.

Taxonomía CRediT

1. **José Ignacio Leyva Vázquez**
Conceptualization, data curation, formal analysis, methodology, writing original draft, writing review, and editing.
2. **Omar Treviño Cavazos**
Data collection, data curation, investigation
3. **Karen Michelle Loya Maldonado**
Data collection, data curation, investigation

4. **Juan Carlos Herrera Morales**
Data collection, data curation, investigation
5. **Guadalupe Guerrero Reyes**
Supervision, validation, visualization, review and editing.
6. **Adrián Gutiérrez González**
Conceptualization, project administration, methodology, supervision, validation
7. **Ricardo Hernández Velázquez**
Supervision, validation, visualization

Conflictos de interés

Sin conflictos de intereses.

Fuente de financiamiento

Esta investigación no ha recibido apoyo específico de organismos del sector público, del sector comercial ni de entidades sin ánimo de lucro.

Referencias

1. **Bradley CS, Nygaard IE, Hillis SL, Torner JC, Sadler AG.** Longitudinal associations between mental health conditions and overactive bladder in women veterans. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017;217(4): 430.e1-430.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.06.016>.
2. **Coker AO, Coker OO, Sanni D.** Psychometric properties of the 21-item Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). *African Research Review*. 2018;12(2): 135. <https://doi.org/10.4314/afrrrev.v12i2.13>.
3. **Cruz-Ruiz J, Farrera-González V, Ransom-Rodríguez A, Avalos-Jiménez J C, Landa-Soler M, González-Serrano A, et al.** Prevalencia

- de vejiga hiperactiva en la Ciudad de México. Resultados de un análisis preliminar. *Revista Mexicana de Urología*. 2018;78(3). <https://doi.org/10.48193/revistamexicanadeurologia.v78i3.77>.
4. D'Ancona C, Haylen B, Oelke M, Abranches-Monteiro L, Arnold E, Goldman H, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*. 2019;38(2): 433–477. <https://doi.org/10.1002/nau.23897>.
5. Golabek T, Skalski M, Przydacz M, Świerkosz A, Siwek M, Golabek K, et al. Lower urinary tract symptoms, nocturia and overactive bladder in patients with depression and anxiety. *Psychiatria Polska*. 2016;50(2): 417–430. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/59162>.
6. Kawahara T, Ninomiya S, Tsutsumi S, Ito H, Yao M, Uemura H. Impact of depression on overactive bladder. *International Journal of Urology: Official Journal of the Japanese Urological Association*. 2021;28(2): 245–246. <https://doi.org/10.1111/iju.14434>.
7. Kinsey D, Pretorius S, Glover L, Alexander T. The psychological impact of overactive bladder: A systematic review. *Journal of Health Psychology*. 2016;21(1): 69–81. <https://doi.org/10.1177/1359105314522084>.
8. Lai HH, Shen B, Rawal A, Vetter J. The relationship between depression and overactive bladder/urinary incontinence symptoms in the clinical OAB population. *BMC urology*. 2016;16(1): 60. <https://doi.org/10.1186/s12894-016-0179-x>.
9. Melotti IGR, Juliato CRT, Coelho SC de A, Lima M, Riccetto CLZ. Is There Any Difference Between Depression and Anxiety in Overactive Bladder According to Sex? A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Neurourology Journal*. 2017;21(3): 204–211. <https://doi.org/10.5213/inj.1734890.445>.
10. Melotti IGR, Juliato CRT, Tanaka M, Riccetto CLZ. Severe depression and anxiety in women with overactive bladder. *Neurourology and Urodynamics*. 2018;37(1): 223–228. <https://doi.org/10.1002/nau.23277>.
11. Palma T, Raimondi M, Souto S, Fozzatti C, Palma P, Riccetto C. [Correlation between age and overactive bladder symptoms in young women in Brazil]. *Actas Urológicas Españolas*. 2013;37(3): 156–161. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2012.07.009>.
12. Gurrola Peña G M, Balcazár Nava P, Bonilla Muños M P, Virseda Heras J A. Estructura factorial y consistencia interna de la escala de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social/ Psychology and Social Science*. 2013;8(2). <https://www.redalyc.org/pdf/314/31480201.pdf>
13. Pethiyagoda Aub, Pethiyagoda K, Ariyasinghe Di, Wijesinghe S, Dimiyawa Km, Wijethunga Tm. Relationship between Lower Urinary Tract Symptoms and Emotional State among a Sample of Clinic Attendees of a Tertiary Care Center in Central Sri Lanka. *Archives of Nephrology and Urology*. 2022;04(04). <https://doi.org/10.26502/anu.2644-2833046>.
14. Reis AM, Brito LGO, Lunardi ALB, Pinto e Silva MP, Juliato CRT. Depression, anxiety, and stress in women with urinary incontinence with or without myofascial dysfunction in the pelvic floor muscles: A cross-sectional study. *Neurourology and Urodynamics*. 2021;40(1): 334–339. <https://doi.org/10.1002/nau.24563>.
15. Ruiz F, García Martín MB, Suárez Falcón JC, Odriozola González P. The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale-21. 2017; <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/38496>