

La Depresión en Artritis Reumatoídea

Dra. Ximena Velásquez, Psic. Claudia Pizarro, Psic. Paula Pizarro, Dra. Loreto Massardo

Depto. de Inmunología Clínica y Reumatología y Depto. de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

La depresión en enfermos con Artritis Reumatoídea (AR) puede pasar inadvertida fácilmente en la atención clínica habitual. Existen razones poderosas para que esto no ocurra así (1). Esta revisión se refiere a algunas de las asociaciones entre ambas entidades.

La AR es una enfermedad articular inflamatoria crónica que afecta a alrededor del 0,5 al 2% de la población adulta y principalmente a mujeres (2). En un número variable de pacientes produce limitación importante en las actividades de la vida diaria, deformaciones articulares visibles, dolor crónico y en ocasiones puede comprometer el desempeño laboral, la organización familiar y la capacidad de participar en actividades recreativas (3, 4). El tratamiento con drogas inmunosupresoras y rehabilitación puede modificar el curso de la enfermedad en alrededor del 75% de los casos en los primeros 20 años del padecimiento.

La depresión es un desorden psiquiátrico definido por la presencia de marcada disminución del interés, baja de peso, o a veces aumento, trastornos del sueño, fatiga, déficit de concentración y otros (5). La frecuencia estimada de la depresión alcanza a un 7,5 % de la población de Santiago (6). La depresión puede conducir a una baja de la capacidad económica productiva, a declinación funcional y a un aumento en la mortalidad. Además contempla el riesgo del suicidio. Mediante una terapia apropiada, la depresión puede mejorar la calidad de vida diaria de los enfermos y contribuir a la mejoría global de la salud.

La AR y la depresión mayor son enfermedades relativamente frecuentes en adultos y ancianos y pueden ocurrir en el mismo enfermo (1); en estos casos, la depresión constituye un factor agregado de mal pronóstico vital y funcional (7). A pesar de la importancia de ambas condiciones faltan estudios de investigación sobre trastornos emocionales en AR. Esta área ha sido tradicionalmente no comprendida en los estudios de investigación y potencialmente podría aportar información relevante al tratamiento de esta enfermedad crónica, que se estima será cada vez más frecuente dado el envejecimiento progresivo de la población, ya que tanto la incidencia y la prevalencia de la AR aumentan progresivamente entre los 45 y 75 años de edad, especialmente en mujeres, según estudios realizados en EE.UU. (8).

Nuestro insuficiente conocimiento sobre la influencia que pueden tener los problemas psiquiátricos en estos enfermos constituye una limitación para seleccionar la mejor aproximación terapéutica o evaluar la eficacia de los distintos tratamientos antirreumáticos con drogas inmunosupresoras y citotóxicas, que tienen efectos adversos frecuentes y potencialmente graves.

Instrumentos utilizados para el diagnóstico de depresión

Si bien el diagnóstico de depresión se hace en una entrevista psiquiátrica, para los efectos del diagnóstico en grupos de enfermos se cuenta con una serie de escalas psicológicas orientadas a realizar el diagnóstico de depresión o a evaluar la gravedad de ésta. A continuación describimos las principales escalas que han sido utilizadas en estudios de AR y depresión.

• Center of Epidemiologic Studies-Depression

Correspondencia : Dra. María Loreto Massardo Vega.
Marcoleta 367, Santiago.
e-mail: massardo@med.puc.cl

(CES-D): Constituye el estándar para el diagnóstico de depresión, ya que los síntomas evaluados se basan en los criterios del "Diagnostic and Statistical Manual- IV" (DSM-IV) para el diagnóstico de depresión. Consta de 20 ítems y se basa en la ocurrencia de síntomas en las últimas semanas. Debe ser aplicado e interpretado por psicólogo o psiquiatra (9).

- Escala Zung: Esta escala autoadministrada para el diagnóstico de depresión fue aprobada para su uso en 1965. No hace diferencia entre distimia y depresión mayor y no se basa en criterios DSM-IV para el diagnóstico de depresión. Consta de 20 ítems. El puntaje varía entre 20 a 80 puntos. El diagnóstico de depresión es con 41 o más puntos (10).

- Escala Hamilton: Determina la gravedad de la depresión mayor. Debe ser aplicada por psicólogo o psiquiatra. Se encuentra en uso desde 1960. Consta de 20 ítems y tiene una puntuación de 0-52 puntos que permite considerar la depresión mayor como leve, moderada, grave o muy grave (11).

Frecuencia de depresión en población general

En EE.UU. aproximadamente un 15% de la población general experimenta un episodio de depresión mayor durante su vida. En ese país un 6% a 8% de las personas atendidas en atención primaria tienen depresión (12). En Chile, el Ministerio de Salud estimó una frecuencia de 7,5% de depresión en población general en el año 2000 (6).

Frecuencia de depresión en patología crónica

Una frecuencia de depresión mayor se ha descrito en distintas patologías crónicas, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, tuberculosis, epilepsia y otras. Se estima que 1 de cada 10 pacientes que consultan en policlínico de enfermedades crónicas en EE.UU. padece depresión mayor (5). En Chile se han realizado tres estudios en patología crónica.

Ruiz y Silva, en el año 1990, estimaron una frecuencia de 24 % de depresión mayor y 9% de ansiedad, según criterios DSM III, en 100 pacientes atendidos en un consultorio externo de atención primaria (13). Resultados similares obtuvie-

ron Florenzano y cols., que encontraron una frecuencia de 30% de depresión (versión adaptada para la Atención Primaria de Salud del Composite International Diagnostic Instrument de la Organización Mundial de la Salud: CIDI) en un estudio multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud sobre trastornos emocionales en atención primaria. Los autores concluyen que los enfermos chilenos con patología crónica sufren más trastornos mentales (53%) que el resto de los habitantes de otros países del globo (24%). La mayor frecuencia se debió a más depresión (14). Fullerton y cols. estimaron una frecuencia de 35 % de depresión mayor mediante el CIDI-PHC 10 en pacientes portadores de patología médica crónica consultantes en Policlínicos de Atención Primaria (1991 y 1992) (15).

Frecuencia de depresión en artritis reumatoídea

El reconocer y diagnosticar depresión en los pacientes que presentan dolor crónico es un desafío clínico (16), más aún en artritis crónica, debido a la superposición de síntomas generales, por ejemplo, la fatiga, de modo que las escalas de diagnóstico psiquiátrico deberían ser adaptadas en estos casos (1, 17). La frecuencia de depresión en AR es variable, de un 15% (18) a un 35% (19). En pacientes que padecen una AR la depresión es un factor de mal pronóstico vital y funcional (7).

Los factores asociados con el desarrollo de depresión en AR en distintas series son tener menor edad (20), sexo femenino (19), una VHS elevada (21), la ausencia de pareja (21), y la mayor incapacidad funcional medida por HAQ (16, 19-23). Un factor social, como ser inmigrante hispanico en Texas, EE.UU, también se asoció con depresión en AR (23). Además hay algunos factores clínicos y sociales relacionados con el desarrollo de depresión en los pacientes con AR y que son potencialmente susceptibles de intervención: éstos son las presiones de la vida diaria, confianza en la capacidad de enfrentar problemas y el grado de incapacidad física (24).

Datos de depresión y AR en Chile

Pacheco y cols. encontraron que en 58 enfer-

mos chilenos con AR el 95% consideraba su enfermedad un estigma (25).

En los últimos dos años en los Deptos. de Reumatología y de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile se desarrolló una línea de investigación sobre trastornos emocionales en pacientes portadores de AR que consultan en policlínico. Este fue un estudio abierto realizado en 130 enfermos invitados a participar, de los que sólo 75 completaron la evaluación de las escalas de diagnóstico psiquiátrico Zung y CES-D. Parcialmente estos datos fueron presentados en el Congreso de Reumatología realizado en el año 2000 (26, 27). Observamos que:

1. La depresión es una patología frecuente en AR, pero el diseño del estudio no permitió establecer frecuencias. Así 35 (47%) enfermos de 75 tenían depresión. Sin embargo, otros 65 enfermos no aceptaron participar en el estudio.

2. La frecuencia de depresión encontrada en estos 75 pacientes con AR fue siete veces mayor que la estimada en población general (7,5%) y una y media veces mayor que en otras patologías crónicas (30%). Estimamos estos datos como preliminares, ya que no pudimos evitar el sesgo en la población que participó en el estudio. Así, si consideramos que ninguno de los 65 enfermos que no asistió al estudio tenía depresión, el resultado sería que sólo 35 (27%) de 130 tienen depresión.

3. La depresión no constaba como diagnóstico clínico en las fichas de los enfermos deprimidos. Treinta y cinco (47%) de los 75 evaluados tenían depresión mayor de acuerdo con la escala CES-D y sólo 3 tenían el diagnóstico clínico realizado por su médico tratante.

4. No hubo depresiones muy graves con peligro real de suicidio, pero sí 27 de las 35 calificaron como graves y moderadas.

5. La escala Zung autoadministrada se correlacionó muy bien con la escala CES-D, por lo que la escala Zung fue validada en su uso en AR en Chile.

6. Dentro de los factores de la AR relacionados con la presencia de depresión se encontró: una mayor duración de la enfermedad, el tener una radiografía de manos con erosiones y una menor capacidad funcional determinada por el Health Assessment Questionnaire (28) y escala modificada de Steinbrocker (29).

Este estudio mostró que la depresión es una enfermedad que puede presentarse con más fre-

cuencia en pacientes con AR que en la población general (de 27% a 47%). La depresión es una entidad clínica no reconocida en la atención habitual de pacientes con AR. Además se relaciona con la declinación funcional y con el daño radiográfico en AR.

Creemos que se debe continuar la investigación en este tema, ya que al determinar la frecuencia de esta asociación y comprender la influencia relativa de la depresión en los síntomas de la AR, en la incapacidad e incluso en el daño radiológico, serán de utilidad para la mejor evaluación de las respuestas a tratamiento de la AR. Además será interesante conocer la potencial influencia de la terapia de la depresión en el curso de la AR. Todos estos factores tienen importancia en la planificación de las políticas de Salud en el área de las patologías crónicas, en particular la AR.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Stoltz C, Baime M, Yaffe K. Depression in the patient with rheumatologic disease. *Rheum Dis Clin NA* 1999; 25(3):687-702.
2. MacGregor A y Silman A. Classification and Epidemiology. En: *Rheumatology*, vol 1. Edited by Klippel J, Dieppe P. London, Mosby, 1998, pp 2.1-6.
3. Mancuso CA, Paget SA, Charlson ME. Adaptations made by rheumatoid arthritis patients to continue working: a pilot study of workplace challenges and successful adaptations. *Arthritis Care Res* 2000; 13(2):89-99.
4. Drossaers-Bakker KW, de Buck M, van Zeben D, Zwiderman AH, Breedveld FC, Hazes JM. Long-term course and outcome of functional capacity in rheumatoid arthritis: the effect of disease activity and radiologic damage over time. *Arthritis Rheum* 1999; 42(9):1854-1860.
5. Whooley M y Simon G. Managing depression in medical outpatients. *N Engl J Med* 2000; 343(26):1942-1949.
6. Unidad DSM: Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Un imperativo, una oportunidad, un compromiso, una responsabilidad. Santiago, Chile, Ministerio de Salud, 2000.
7. Fifield J, Tennen H, Reisine S, McQuillan J. Depression and the long-term risk of pain, fatigue, and disability in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1998; 41(10):1851-1857.
8. Gabriel SE. The epidemiology of rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2001; 27(2):269-81.
9. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, American Psychiatric Association, 1994.
10. Zung W. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12:63-70.
11. Hamilton M. Rating scale for Depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62.
12. Reus VI. Psychiatric disorders. En: *Harrison's principles of internal medicine*, vol 2. Edited by Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J. New York, McGraw-Hill, 2001, pp 2542-2557.
13. Ruiz A y Silva H. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en un consultorio externo de medicina general. *Rev Méd Chile* 1990; 118:339-345.
14. Florenzano R, Acuña J, Fullerton C, Castro C. Estudio comparativo de frecuencia y características de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de atención en Santiago de Chile. *Rev Méd Chile* 1998; 126:397-405.
15. Fullerton C, Florenzano R, Acuña J. Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Rev Méd Chile* 2000; 128:729-734.
16. Keefe F y Bonk V. Psychosocial assessment of pain in patients having rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin NA* 1999; 25(1):81-103.

17. Rhee S, Petroski G, Parker J, Smarr K, Wright G, Multon K, Buchholz J, Komatireddy G. A confirmatory factor analysis of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in rheumatoid arthritis patients: additional evidence for a four-factor model. *Arthritis Care Res* 1999; 12(5):341-350.
18. Pincus T, Griffith J, Pearce S, Isenberg D. Prevalence of self reported depression in patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1996; 35(9):879-883.
19. Pastor O, Morales S-V, Llopis G, Ferriol C. Prevalencia y grado de depresión en pacientes con artritis reumatoidea. *Med Clin (Barc)* 1998; 111(10):361-366.
20. Wright G, Parker J, Smarr K, Johnson J, Hewett, JE, Walker S. Age, depressive symptoms, and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1998; 41(2):298-305.
21. Abdel-Nasser A, Abd El-Azim S, Taal E, El-Badawy S, Rasker J, Vlakenburg H. Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. *Br J Rheumatol* 1998; 37(4):391-397.
22. Katz PP y Yelin EH. The development of depressive symptoms among women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1995; 38(1):49-56.
23. Escalante A, del Rincón I, Mulrow CD. Symptoms of depression and psychological distress among Hispanics with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 2000; 13(3):156-167.
24. Wright G, Schoenfeld-Smith K, Buckelew S, Slaughter J, Johnson J, Hewett JE. Risk factors for depression in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1996; 9(4):264-272.
25. Pacheco D, Berdichevski R, Ballesteros F, Fuentealba C, Gatica H. Is rheumatoid arthritis a stigmatizing disease? (Abstract). *Arthritis Rheum* 2000; 43(9 [Supp]):S150.
26. Velásquez X, Pizarro P, Pizarro C, Singer M, Martínez M, Barros J, Massardo L, Iacobelli S. Frecuencia de depresión en adultos con artritis reumatoidea. *Revista Chilena de Reumatología* 2000; 16(4):182.
27. Massardo L, Velásquez X, Pizarro P, Pizarro C, Barros J, Martínez M, Iacobelli S. Depression and anxiety in Chilean patients with rheumatoid arthritis (Abstract). *Arthritis Rheum* 2001; 44(9):S212.
28. Pincus T, Callahan LF, Brooks RH, Fuchs HA, Olsen NJ, Kaye JJ. Self-Report Questionnaire scores in rheumatoid arthritis compared with traditional physical radiographic, and laboratory measures. *Ann Intern Med* 1989; 110(4):259-266.
29. Hochberg MC, Chang RW, Dwosh I, Lindsay S, Pincus T, Wolfe F. The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of the global functional status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1992; 35(5):498-502.