

Artritis reumatoidea y trastorno depresivo mayor

Juan Guillermo Lozano de Castro*

Boris Miguel Hernández Lizarazo*

Resumen

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica que tiene gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes. Se ha observado que las manifestaciones emocionales negativas son frecuentes en los pacientes con AR. En este grupo de paciente el trastorno mental más frecuente es el trastorno depresivo mayor (TDM). Se ha encontrado que existen una serie de factores asociados a la presentación clínica de TDM en pacientes con AR. El factor sociodemográfico más asociado con TDM en pacientes con AR es el sexo femenino, mientras que la variable clínica predictora más significativa es la presencia de dolor. Es importante identificar el TDM en pacientes con AR porque su presencia se ha relacionado con pronóstico menos favorable. Los pacientes con AR deprimidos tienen una progresión más rápida de las lesiones articulares. Sin duda, el abordaje terapéutico de los pacientes con AR amerita una aproximación biopsicosocial, se debe considerar la enfermedad física, la respuesta psicológica y la calidad de vida del paciente (Lozano JG, Hernández BM. *Artritis reumatoideas y trastorno depresivo mayor*. MedUNAB 2003; 6:164-7).

Palabras clave: Artritis reumatoide, dolor crónico, trastorno depresivo mayor, comorbilidad, calidad de vida,

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica generalizada que compromete principalmente las articulaciones. En estas se produce sinovitis proliferativa no supurada y evoluciona generalmente hacia la destrucción del cartílago articular. Además, esta patología compromete los sistemas cardiovascular, osteomuscular, respiratorio y la piel.¹

Varios investigadores han estudiado la relación entre AR y trastorno depresivo mayor (TDM) y han encontrado una

fuerte asociación entre las dos entidades. Se ha descrito una alta prevalencia de trastornos depresivos en pacientes con AR mayor que en la población general.²⁻⁵

Frecuentemente las personas experimentan una amplia gama de emociones negativas ante enfermedades discapacitantes. Los síntomas depresivos son muy prevalentes en patologías de larga evolución. Cuando los síntomas depresivos, cognoscitivos y somáticos, son lo suficientemente severos y menoscaban el desempeño global del individuo estamos frente a un episodio depresivo mayor o a un TDM (tabla 1).⁶

El TDM afecta el curso clínico de muchas enfermedades incluyendo la AR. Es muy probable que la situación clínica del paciente asociada con un trastorno emocional produzca mayor disfunción social, laboral, familiar y académica. En otras palabras, deterioran mucho más la calidad de vida de estos pacientes en comparación con los pacientes sin comorbilidad psiquiátrica.²

Este artículo tiene como objetivo principal realizar una revisión de tema que incluye epidemiología, etiología, factores de riesgo e impacto del TDM en pacientes con AR.

Limitaciones de estudios anteriores

La relación entre AR y TDM ha sido un tema muy discutido y controversial. Inicialmente se pensaba que los síntomas depresivos eran parte del cuadro clínico de la AR, pero no había evidencia suficiente para argumentarlo. Por esta razón, se han cometido errores en la metodología de estudios encaminados a determinar la relación entre AR y TDM y, más aún, en el análisis de sus resultados.⁴

El diagnóstico de TDM en cualquier población se puede realizar mediante una entrevista psiquiátrica clínica habitual, estructurada o semiestructurada orientada a identificar síntomas y signos suficientes para reunir

* Estudiante, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Boris M Hernández, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Calle 157 No 19-55 Cañaveral Parque, Bucaramanga, Colombia. E-mail: bhernandez@unab.edu.co

Artículo recibido: 14 de octubre de 2003; aceptado: 11 de noviembre de 2003.

Tabla 1. Criterios DSM-IV para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: 1) Estado de ánimo deprimido o 2) Pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentación de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor

criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor según la Organización Mundial de la Salud (Clasificación Internacional de Enfermedad, CIE-10)⁷ o la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR).⁶ De la misma forma, se pueden identificar posibles casos mediante el uso de instrumentos muy conocidos como la escala para depresión de Zung⁸ y el Inventario para Depresión de Beck.⁹

El instrumento utilizado influye en forma importante en la estimación de la prevalencia de TDM en pacientes con AR. Se ha observado una amplia variación en las prevalencias de TDM identificados.^{4, 10} Los estudios realizados con entrevistas clínicas semiestructuradas informan prevalencias relativamente bajas,^{4, 11} mientras que los cuestionarios e inventarios psicológicos muestran prevalencias significativamente mayores. Es evidente la incapacidad de algunos instrumentos de diferenciar síntomas como fatiga, somnolencia y disfunción laboral como una manifestación del TDM o de la AR. En la actualidad, las entrevistas estructuradas basadas en CIE-10 o DSM-IV son las mejores herramientas, el patrón de oro, para el diagnóstico de un TDM.^{4, 10, 11-14}

Epidemiología

Los trastornos depresivos afectan el curso de muchas enfermedades crónicas incluyendo la AR. Varios estudios han

encontrado que el riesgo de padecer síntomas depresivos se incrementa en presencia de entidades de larga evolución.¹⁵⁻¹⁸ El TDM afecta del 4 al 6% de la población general, al 5-10% de los pacientes ambulatorios y al 10-30% de los pacientes enfermos hospitalizados.¹⁵⁻¹⁹ Algunos estudios muestran que entre el 25 y el 32.4% de los pacientes con dolor crónico presentan síntomas depresivos.²⁰⁻²²

La prevalencia de síntomas depresivos varía en las diferentes poblaciones y se estima que puede presentarse del 23 al 80% en pacientes con AR.^{3, 4} No obstante, la prevalencia de TDM se encuentra entre un 15% y un 50% según el método y la población estudiada.^{2, 23} Por ejemplo, un estudio realizado en Colombia en el cual se usó la escala de Zung para depresión para identificar posibles casos de TDM en un grupo de pacientes con AR se encontró una prevalencia del 58%.²⁴

Factores asociados o predictores de TDM en AR

Se ha tratado de identificar los factores relacionados con la presencia de un TDM en pacientes con AR. En relación con la edad, se ha encontrado una asociación significativa entre la edad y la presencia de un TDM. Un estudio informó que los pacientes menores de 45 años que padecen AR refieren más síntomas depresivos que los pacientes de mayor edad, después de controlar otras variables de

confusión.²⁵ En pocas palabras, los estudios sugieren que la variable de mayor influencia para la aparición de TDM en pacientes con AR es el sexo femenino.^{3, 24, 25}

En lo concerniente al sexo, se ha documentado que el TDM es más frecuente en mujeres que varones con AR.²⁶ Sin embargo, los datos disponibles sugieren que la mayor frecuencia de TDM en mujeres guarda relación con la mayor severidad de la enfermedad en mujeres que en hombres y no a la tendencia del grupo femenino de sobrevalorar la cantidad e intensidad de síntomas.²⁷

Por otro lado, se ha informado que el estado civil se asocia con la presencia de TDM en pacientes con AR. Algunos autores sostienen que los pacientes con AR solteros presentan una mayor probabilidad de reunir criterios para un TDM.³ De la misma forma, se ha informado que algunas profesiones tienen mayor riesgo de TMD.^{3, 25}

Respecto a las variables clínicas, las investigaciones señalan que el número de puntos dolorosos, la rigidez matutina, el peso, la talla, y la intensidad del dolor guardan asociación con el TDM en pacientes con AR.³⁻⁵ No obstante, la presencia de dolor es el indicador clínico más confiable de la aparición de un TDM en un paciente con AR.²⁷

En un metanálisis sobre la asociación entre TDM y AR se concluyó que las variables sociodemográficas no están asociadas significativamente con la aparición de síntomas depresivos; mientras, por el contrario, se enfatizó que las variables clínicas propias de la AR, como lo es el nivel de dolor experimentado, son tal vez las variables más asociadas y predictoras de TDM en esta enfermedad.⁵

Posibles explicaciones de la asociación de TDM y AR

La relación entre el dolor y el TDM puede ser vista desde una perspectiva neurobiológica, psicológica y comportamental.^{28, 29} La visión neurobiológica destaca el papel de la serotonina y norepinefrina en la patogenia del TDM. De la misma manera, se acepta que estos neurotransmisores juegan un papel muy importante en la modulación del dolor. Por lo tanto, alteraciones clínicas en el estado ánimo distorsionan la respuesta ante los estímulos dolorosos. En pacientes con TDM se exagera la percepción de las señales dolorosas.^{28, 29}

Desde un enfoque psicológico, se sugiere que el dolor crónico probablemente sea una forma manifestación de emociones negativas, una forma de somatización, as en los pacientes con AR las quejas de dolor pueden ser una expresión del malestar emocional.^{28, 30}

Por último, de la visión cognoscitiva-conductual se plantea que el episodio depresivo mayor o el TDM aparece en respuesta al deterioro que se presenta en el desempeño

cotidiano del individuo, laboral y social. La desesperanza y las ideas de minusvalía son síntomas importantes en estos pacientes.^{2, 28, 31}

La asociación TDM y AR es un fenómeno bidireccional en donde la condición clínica compromete progresivamente la calidad de vida de los pacientes, convirtiéndose así, en un factor de riesgo para la aparición de TDM; a su vez, esta entidad psiquiátrica deteriora la condición clínica del individuo. Todo esto se traduce en un peor pronóstico para el paciente con AR deprimido.^{10, 32-34}

Ciertamente, este proceso está regido por múltiples factores genéticos y socioculturales.² Es incuestionable que la presencia de síntomas depresivos, de dolor, de discapacidad y de deterioro en la calidad de vida de los pacientes hacen parte de las repercusiones bio-psico-sociales de la AR.²

Impacto sobre la calidad de vida

La discapacidad hace parte del curso natural de la AR. Este proceso inicia con la inflamación de las articulaciones y que finalmente lleva a la limitación física.^{2, 18} Existe evidencia que sugiere que el TDM multiplica el riesgo de padecer mayores niveles de dolor, aún, años después de la remisión del episodio depresivo.³⁵

La presencia de TDM en AR, es uno de los predictores más fiables de discapacidad.^{32, 34} Esta es una manifestación compleja, la discapacidad producto de la limitación física genera malestar psicológico y disminuye la calidad de vida.^{2, 36} Es necesario tener presente que la actividad física en personas con AR es inversamente proporcional a la severidad de los síntomas depresivos e directamente proporcional a la calidad de vida.²⁹ La AR deteriora progresivamente el funcionamiento global. Si esta condición clínica se asocia al TDM, la disfunción global es mayor, la evolución de la enfermedad es más rápida y la calidad de vida disminuye. De tal suerte que la presencia de TDM empeora el curso natural de la AR.⁵

La información disponible sugiere que la evaluación clínica y el tratamiento del paciente con AR deben ser integrales. Es importante tener clara la situación clínica del paciente desde el punto de vista físico y mental. Las intervenciones estarían orientadas a disminuir el dolor y el malestar emocional lo cual se reflejaría en una mayor actividad física, menor limitación funcional, es decir, una mejor calidad de vida.³²

Conclusiones

Existe una asociación importante entre AR y TDM. El método más confiable para identificar un TDM en pacientes con AR es la entrevista clínica, preferiblemente semiestructurada o estructurada. La prevalencia de TMD en

pacientes con AR varía de un estudio a otro. La prevalencia en Colombia es similar a las informadas en otros países.

El sexo femenino es el predictor sociodemográfico más importante de TDM en pacientes con AR. Mientras que la presencia de dolor es la variable clínica más significativa. La coexistencia de TDM y AR es el resultado de una compleja imbricación de factores biológicos y socioculturales. La comorbilidad menoscaba mucho más el funcionamiento global del paciente, genera más discapacidad, y deteriora en forma marcada la calidad de vida del paciente. La evaluación y el tratamiento integral, bio-psico-social, de estos pacientes se reflejarán en una mejor calidad de vida.

Summary

Rheumatoid arthritis and major depressive disorder. Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic disease whose clinical outcomes have great impact over quality of life among patients suffering from it. Most authors had focus their trials to analyze clinical and sociodemographic variables related to the risk to develop related mental disorder. Depressive disorders are the most frequent ones. It has been suggested that clinical impact of RA is reflected in life style of these patients. Pain is the most important predicted clinical variable of Major Depressive Disorder (MDD). In RA, gender is the most important sociodemographic risk factor for this illness. Impact of MDD over quality of life among patients leads to unstoppable progression of RA. Therefore we strongly recommend a biopsychosocial evaluation when treating patients suffering from RA associated with depression.

Key words: Rheumatoid arthritis, major depressive disorder, quality of life, chronic pain

Referencias

- Cotran RS, Kumar V, Collins T. Sistema esquelético y patología tumoral de los tejidos blandos. En : Patología estructural y funcional de Robbins. Madrid, Saunders, 7 ed, 2000: 1259-314.
- Cadena J, Vinaccia S, Pérez A, Rico M, Hinojosa R, Anaya JM. The impact of disease activity on the quality of life, mental health status, and family dysfunction in Colombian patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol* 2003; 9:142-50.
- Pastor JF, Morales M, Llopis A, Ferriol V. Prevalence and depression degree in patients with rheumatoid arthritis. *Med Clin (Barc)* 1998; 111:361-6.
- Abdel-Nasser AM, Abd El-Azim S, Taal E, El-Badawy SA, Rasker JJ, Valkenburg HA. Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. *Br J Rheumatol* 1998; 37:391-7.
- Dickens C, McGowan L, Clark-Carter D, Creed F. Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med* 2002; 64:52-60.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revised. Washington DC. American Psychiatric Association 2002.
- 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.
- Zung WWK. Self-report depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 53-63.
- Katz PP, Yelin EH. Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1993; 20:790-6.
- Creed F. Psychological disorders in rheumatoid arthritis: A growing consensus? *Ann Rheum Dis* 1990; 49:808-12.
- Creed F, Murphy S, Jayson MV. Measurement of psychiatric disorder in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 1990; 34:79-87.
- Frank RG, Chaney JM, Clay DL et al. Dysphoria: A mayor symptom factor in persons with disability or chronic illness. *Psychiatry Res* 1992; 43:231-41.
- Anderson KO, Bradley LA, Young LD, McDaniel LK, Wise CM Rheumatoid arthritis: Review of psychological factors related to etiology, effects and treatment. *Psychol Bull* 1985; 98:358-87.
- Black SA, Goodwin JS, Markides KS. The association between chronic diseases and depressive symptomatology in older Mexican Americans. *J Gerontol* 1998; 53: 188-94.
- Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K. Prevalence of depression and its correlates in older adults. *Am J Epidemiol* 1983; 117:173-85.
- Palinkas LA, Wingard DL, Barrett-Connor E. Chronic illness and depressive symptoms in the elderly: a population-based study. *J Clin Epidemiol* 1990; 43:1131-41.
- Williamson GM, Schulz R. Physical illness and symptoms of depression among elderly outpatients. *Psychol Aging* 1992; 7:343-51.
- Alpay M, Cassem EH. Diagnosis and treatment of mood disorders in patients with rheumatic disease. *Ann Rheum Dis* 2000; 59:2-4.
- Kramlinger KG, Swanson DW, Maruta T. Are patients with chronic pain depressed? *Am J Psychiatry* 1983; 140:747-9.
- Large RG. The psychiatrist and the chronic pain patient: 172 anecdotes. *Pain* 1980; 9:253-63.
- Gerschman JA, Burrows GD, Reade PC. Chronic oro-facial pain (Abstract). *Pain* 1978; 1: 279.
- Pincus T, Griffith J, Pearce S, Isenberg D. Prevalence of self-reported depression in patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1996; 35:879-83.
- Cadena J, Cadavid ME, Ocampo MV, et al. Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoide. *Rev Colomb Reumatol* 2002; 9: 184-91.
- Wright GE, Parker JC, Smarr KL, Johnson JC, Hewett JE, Walker SE. Age, depressive symptoms, and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1998; 41: 298-305.
- Dowdy SW, Dwyer KA, Smith CA, Wallston KA. Gender and psychological well-being of persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1996; 9:449-56.
- Katz PP, Criswell LA. Differences in symptom reports between men and women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1996; 9:441-8.
- Von Korff M, Simon G. The relationship between pain and depression. *Br J Psychiatry* 1996; 166 (suppl 30): 101-8.
- Dworkin SF, Von Korff MR, Leresche L. Multiple pains and psychiatric disturbance. An epidemiologic investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 47:239-44.
- Osterweis M, Kleinman A, Mechanic D. Pain and disability. Clinical, behavioural and public policy perspectives. Washington, National Academy Press, 1987.
- Rudy T, Kerns R, Turk D. Chronic pain and depression. Toward a cognitive-behavioral mediation model. *Pain* 1993; 35:129-40.
- Hollis E. Krug, Sharon R. Woods, Maren L. Mahowald. The importance of identifying depression in patients with rheumatoid arthritis: evaluation of the beck depression inventory. *J Clin Rheumatol* 1997; 3:248-57.
- Sullivan KW. Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychol* 1990; 51:3-11.
- McFarlane AC, Brooks PM. An analysis of the relationship between psychological morbidity and disease activity in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1988; 15:926-31.
- 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 Rheumatism* 1998; 41:1851-7.
- Krug HE, Woods SR, Mahowald ML. Test that detect depression in RA. *J Musculoskel Med* 1995; 12:27-38.