

ARTÍCULO ORIGINAL

Ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés en personas con diagnóstico de artritis reumatoidea: un estudio exploratorio del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción

Anxiety, depression, and vulnerability to stress in people diagnosed with rheumatoid arthritis: An exploratory study at the Hospital de Clínicas of the Universidad Nacional de Asunción

^(a) Almirón Santacruz, José¹; ^(b) Barrios Coronel, Iván²; ^(c) Rojas Loreiro, René¹; ^(d) O'Higgins, Marcelo Gerardo¹; ^(e) Ruiz Díaz, Noelia¹; ^(f) Torres Romero, Anthon Daniel³; ^(g) Franco Di Giuseppe, Matías³; ^(h) Yinde Encina, Yanira⁴; ⁽ⁱ⁾ Pusineri Escobar, Paola⁴; ^(j) Castaldelli Maia, João Mauricio^{5,6}; ^(k) Ventriglio, Antonio⁷; ^(l) Torales, Julio César^{1,8}

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Psiquiatría. San Lorenzo, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Bioestadística, Filial Santa Rosa del Aguaray, Santa Rosa del Aguaray, Paraguay.

³Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Red de Estudiantes Investigadores en Neurociencias. San Lorenzo, Paraguay.

⁴Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Reumatología. San Lorenzo, Paraguay.

⁵Fundación de ABC, Departamento de Neurociencia. Santo André, São Paulo, Brasil.

⁶Universidad de São Paulo, Departamento de Psiquiatría. São Paulo, Brasil.

⁷Universidad de Foggia, Departamento de Medicina Clínica y Experimental. Foggia, Italia.

⁸Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Psicología Médica. San Lorenzo, Paraguay.

Como referenciar este artículo | How to reference this article:

Almirón Santacruz J, Barrios Coronel I, Rojas Loreiro R, O'Higgins M, Ruiz Díaz N, Torales Julio C. Ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés en personas con diagnóstico de artritis reumatoidea: un estudio exploratorio del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, Abril - 2023; 56(1): 58-67

RESUMEN

Antecedentes: Estudios observacionales han descrito una alta prevalencia de depresión y ansiedad en la artritis reumatoidea: los trastornos depresivos mayores se detectan en el 17 % de los pacientes con la patología, y la inflamación local y sistémica desempeña un papel importante en la ansiedad y la depresión. **Objetivos:** El objetivo general de esta investigación fue determinar la frecuencia de ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea. **Materiales y métodos:** Este fue un estudio observacional, descriptivo de asociación cruzada y temporalmente prospectivo. El muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos. Se incluyó a personas adultas con diagnóstico de artritis reumatoide

Autor correspondiente: Prof. Dr. Julio Torales. Jefe de la Cátedra de Psicología Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay. E-mail: jtorales@med.una.py

Fecha de recepción el 14 de diciembre del 2022; aceptado el 6 de marzo del 2023

que consultaron en el Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas, entre agosto y octubre del 2022. Para el diagnóstico psiquiátrico se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7), Patient Health Questionnaire (PHQ-2) y Escala de Vulnerabilidad al Estrés de Smith y Miller. **Resultados:** Se incluyó a 36 pacientes, todas mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y 77 años. El 27,8 % tenía depresión, según los puntos de corte del PHQ-2. El 22,2 % presentaba ansiedad, según los puntos de corte de GAD-7. En cuanto al estrés, el 22,2 % tenía vulnerabilidad a este y el 5,6 % era seriamente vulnerable. **Conclusión:** Depresión, ansiedad y vulnerabilidad al estrés son comorbilidades frecuentemente observadas en pacientes con artritis reumatoidea. Se requieren de intervenciones específicas de salud mental para abordar estas cuestiones y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

Palabras Clave: depresión, ansiedad, estrés, artritis reumatoidea.

ABSTRACT

Background: Observational studies have described a high prevalence of depression and anxiety in rheumatoid arthritis: major depressive disorders are detected in 17 % of patients with the pathology, and local and systemic inflammation play an important role in anxiety and depression. **Objectives:** The overall objective of this research was to determine the frequency of anxiety, depression, and vulnerability to stress in patients diagnosed with rheumatoid arthritis. **Materials and methods:** This was an observational, descriptive, temporally prospective, cross-association study. Sampling was non-probabilistic of consecutive cases. We included adults with a diagnosis of rheumatoid arthritis who consulted at the Rheumatology Department of the Hospital de Clínicas between August and October 2022. The following instruments were used for psychiatric diagnosis: Generalized Anxiety Scale (GAD-7), Patient Health Questionnaire (PHQ-2) and Smith and Miller's Stress Vulnerability Scale. **Results:** Thirty-six patients, all women, aged between 20 and 77 years, were included in the study. The 27.8 % had depression, according to the cut-off points of the PHQ-2. Anxiety was present in 22.2 %, according to the GAD-7 cut-off points. Regarding stress, 22.2 % were vulnerable to stress and 5.6 % were seriously vulnerable. **Conclusion:** Depression, anxiety and vulnerability to stress are frequently observed comorbidities in patients with rheumatoid arthritis. Specific mental health interventions are required to address these issues and improve the quality of life of affected patients.

Keywords: depression, anxiety, stress, rheumatoid arthritis.

INTRODUCCIÓN

La depresión mayor es un trastorno mental que se caracteriza por tristeza, anhedonia y apatía. Se acompaña, además, de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento. Estos síntomas incluyen llanto, irritabilidad, retraimiento social, falta de libido, fatiga y disminución de la actividad, además de los sentimientos de culpa e inutilidad. También se encuentran a la baja los sentimientos de autoestima, existe pérdida de la confianza, sentimientos de

impotencia y, en una gran parte de la población que padece la depresión mayor, se presenta ideación suicida, intentos de autolesión o suicidio consumado (1).

Anivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas, uno de cada diez adultos, sufre de depresión y aproximadamente 60 % de estos individuos no reciben la ayuda necesaria, a pesar de que el tratamiento ha demostrado ser efectivo para en la disminución de los

síntomas en más de 50 % de los casos. Según estimaciones, la prevalencia del trastorno depresivo mayor varía en todo el mundo, desde 3 % en Japón hasta 16,9 % en Estados Unidos de América. Para los demás países, el trastorno depresivo tiene una prevalencia que va desde 8 a 12% (2).

Por su parte, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se encuentra clasificado dentro de los trastornos de ansiedad según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), de la American Psychiatric Association. Sus manifestaciones clínicas principales son un estado de anticipación aprensiva y dificultad para controlar la preocupación. Uno de los posibles síntomas asociados es la dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco (3).

Tanto la depresión como la ansiedad pueden complicar y ser concurrentes con diversas enfermedades físicas, entre las que destacan las enfermedades reumatológicas (1-3).

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica que afecta principalmente a las articulaciones sinoviales provocando inflamación (sinovitis), erosión articular y daño del cartílago. Esto da como resultado un estado funcional reducido y discapacidad en muchos pacientes. La AR también puede manifestarse como una enfermedad extraarticular, que puede afectar a la mayoría de los órganos del cuerpo, lo que conduce a tasas más altas de mortalidad y morbilidad (4,5). Las manifestaciones cardiovasculares como pericarditis, miocarditis, derrames pericárdicos y pleurales, insuficiencia cardíaca congestiva, disfunción cutánea, oftalmológica, gastrointestinal, nerviosa y renal pueden ocurrir a largo plazo en pacientes con AR (5).

La prevalencia de la AR es del 1 % en la mayoría de los países, y la incidencia se informa como 40/100 000 para aquellos que cumplen los criterios de clasificación del American College of Rheumatology (ACR) (6). A pesar de un

manejo estricto de la enfermedad de acuerdo con el enfoque de “tratar al objetivo” (7), algunos pacientes con AR todavía tienen una alta actividad de la enfermedad (8).

La puntuación de actividad de la enfermedad, con base en 28 articulaciones (DAS28), se usa comúnmente para controlar la respuesta de un paciente en función del recuento de articulaciones dolorosas (TJC), el recuento de articulaciones inflamadas (SJC), la tasa de sedimentación de eritrocitos (ESR) y la puntuación analógica visual del paciente (VAS). La principal desventaja, o ventaja, de la puntuación DAS28 es la subjetividad de algunos componentes, con la EVA y la TJC de los pacientes como parámetros del sistema de puntuación (7). Estas medidas subjetivas pueden verse influenciadas por el bajo estado de ánimo y la depresión en pacientes con AR. En la AR, la calidad de vida (QoL) se reduce significativamente debido al dolor, la fatiga y la discapacidad, lo que provoca cambios de humor en forma de ansiedad y depresión (9).

Los estudios observacionales han descrito una alta prevalencia de depresión y ansiedad en la AR (10): los trastornos depresivos mayores se detectan en el 17 % de los pacientes con AR, y la inflamación local y sistémica desempeña un papel importante en la ansiedad y la depresión (11).

La depresión afecta negativamente la capacidad de los pacientes con AR para funcionar en presencia de sus síntomas físicos, como dolor y fatiga (12). La exposición a largo plazo a citoquinas elevadas como IL-1 β , factor de necrosis tumoral (TNF)- α e IL-6 en la AR puede causar respuestas desadaptativas al comportamiento de enfermedad, causando fatiga, dolor, fiebre, anhedonia y depresión (13). La depresión se presenta con bajo estado de ánimo, fatiga, letargo, insomnio, disfunción psicomotora y pensamientos negativos repetitivos. Además, puede presentarse con síntomas más agresivos junto con sentimientos de baja autoestima, dificultad para concentrarse, anhedonia e ideación suicida, lo que lo hace potencialmente fatal si no se trata (14).

La depresión es dos veces más común en la AR que en la población general y constituye el trastorno de salud mental más común asociado con la esta. Un metaanálisis mostró que la prevalencia de la depresión en la AR oscila entre el 14 y el 48 %, mientras que los trastornos depresivos mayores ocurren en el 16,8 % de los pacientes con AR. La superposición de algunos síntomas depresivos en la AR (falta de sueño, fatiga y falta de apetito) y la variedad de métodos de detección utilizados para detectar la depresión pueden contribuir a la variación en la prevalencia de la depresión descrita en la población con AR (14).

La compleja relación bidireccional entre la AR y la depresión se ha estudiado ampliamente pero aún no se ha dilucidado por completo. La artritis inflamatoria constituye un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de salud mental, lo que respalda aún más el mecanismo inflamatorio que subyace a la depresión en la AR. La inflamación crónica afecta la respuesta fisiológica al estrés, incluidos los comportamientos de afrontamiento efectivos. Por lo tanto, el estrés constituye un factor agravante de la AR que puede conducir a la depresión (15).

Asimismo, la depresión también parece reducir la adherencia al tratamiento médico (16). Esto podría explicarse por la desesperanza y la percepción cognitiva negativa de la salud y la creencia en la capacidad de funcionar en presencia de AR. Además, los pacientes con AR con depresión tienen respuestas deficientes para afrontar el dolor, la fatiga y la discapacidad, lo que lleva a una reducción de los ejercicios físicos y la participación en la interacción social. Posteriormente, la disminución de la salud y la función física aumenta la angustia emocional, la frustración y, finalmente, la depresión. Estos cambios contribuyen a resultados deficientes, por lo que es importante abordar la depresión para mejorar los resultados de la AR y/o reducir los factores que socavan la eficacia del tratamiento de la AR (17).

En el tratamiento de enfermedades médicas crónicas como la AR, la toma de decisiones compartida y la atención centrada en el paciente se consideran el enfoque óptimo. Por lo tanto, la guía NICE del Reino Unido (NG100, 2018) incluyó la intervención psicológica para la fatiga, el bajo estado de ánimo y el bienestar social en el manejo de la AR, y la guía clínica NICE (CG91) sugirió el manejo de la salud mental y la depresión para mejorar la AR. La red internacional OMERACT (Outcome Measures in Rheumatology) ha estado investigando sobre la estandarización de las medidas de resultado en la AR (18). Sin embargo, elegir la herramienta de medición estándar para evaluar la salud mental y las PRO e incluir el estado de ánimo de los pacientes en la revisión anual de la AR sigue siendo un desafío para los médicos.

El Registro de Biología de la Sociedad Británica de Reumatología (BSRBR) midió la depresión en pacientes con AR tratados con bDMARD, utilizando el subconjunto de salud mental normal (nMH) del formulario corto 36 (SF-36) y la escala de cinco dimensiones EuroQoL (EQ5D). Una alta tasa de detección de depresión en SF-36 ilustró una alta sensibilidad (92,6 %) de la medición, pero una baja especificidad (73,2 %). EQ5D ha mostrado sensibilidad y especificidad moderadas en la detección de la depresión actual (17).

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) se utiliza para medir el nivel de ansiedad [coeficiente alfa de Cronbach (α)=0.87], depresión (α =0.94) y estrés (α =0.91) en pacientes con AR. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) se considera otra herramienta confiable que mide la ansiedad (α =0.89) y la depresión (α =0.86) en la población con AR, detectándose depresión [HADS (media \pm SD) 12.4 \pm 5.39] en el 66 % de los pacientes con AR. La Escala de Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) con alta sensibilidad y especificidad (72,7 % y 78,4 % respectivamente) se utilizó en un estudio transversal para medir la severidad de la depresión en pacientes con AR, y se encontró

que el punto de corte de inflexión en la escala BDI-II para la depresión debería ser mayor en pacientes con dolor crónico (19).

Otro estudio transversal, el estudio VADERA II, mostró al menos una depresión leve en la escala BDI-II en el 27,7 % (IC 95 % 24,91-30,63) de los pacientes con AR (20). La gravedad de la depresión se midió mediante la escala de calificación de depresión de Hamilton (HAM-D) en un estudio retrospectivo (21). Una revisión sistemática de 33 artículos llegó a la conclusión de que el SF-36 es un método inicial válido para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (HR) y el estado mental en pacientes con AR. Para detectar mejor la depresión o la ansiedad, otros métodos de detección parecen ser válidos y fáciles de completar, como el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) y HADS (22).

Con base en todo lo anterior, esta investigación pretende encontrar asociaciones entre estos fenómenos, por lo que el objetivo general de esta investigación es determinar la frecuencia de ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea que consultan en el Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Este es primer estudio de su tipo que se realiza en el Hospital de Clínicas sobre el tema, por lo que el enfoque es de tipo exploratorio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este fue un estudio observacional, descriptivo de asociación cruzada y temporalmente prospectivo. El muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos.

Se incluyó a personas adultas con diagnóstico de artritis reumatoide que consultaron en el Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas, entre agosto y octubre del 2022.

El reclutamiento de datos se llevó a cabo a través de un cuestionario que incluyó las variables utilizadas. Estas fueron: sociodemográficas (edad, sexo, estado

civil, residencia y estado laboral) y clínicas (diagnósticos dermatológicos y diagnósticos psiquiátricos). Para el diagnóstico psiquiátrico se utilizarán los siguientes instrumentos: Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7), Patient Health Questionnaire (PHQ-2) y Escala de Vulnerabilidad al Estrés de Smith y Miller.

Mediciones

La GAD-7 es una escala autoadministrada unidimensional diseñada para evaluar la presencia de síntomas del trastorno de ansiedad generalizada. Los ítems se puntúan de 0 a 3. La puntuación de la escala completa puede oscilar entre 0 y 21. Una puntuación de 10 o más en el GAD-7 representa un punto de corte razonable para identificar casos de ansiedad (23).

El PHQ-2 evalúa la presencia de ánimo deprimido y anhedonia durante las dos últimas semanas. Dichos síntomas se miden a través de una escala tipo Likert de 4 puntos (0 = para nada, 1 = varios días, 2 = más de la mitad los días y 3 = casi todos los días). El puntaje del PHQ-2 varía de 0 a 6. Un puntaje mayor o igual a 3 es indicativo de depresión, con sensibilidad del 83 % y una especificidad del 92 % para la depresión mayor (24,25).

En cuanto a la Escala de Vulnerabilidad al Estrés de Smith y Miller, cuenta con 20 preguntas donde cada respuesta se puntúa con una escala tipo Likert (1= Siempre, 2= Casi siempre, 3= Frecuentemente, 4= Casi nunca, 5= Nunca). Para obtener la puntuación total se suman los valores de todos los ítems y al resultado se le resta 20. Los puntos de corte son: puntuación menor de 30 indica que el sujeto no es vulnerable al estrés. Puntuación mayor de 30 indica que el sujeto es vulnerable al estrés. Puntuación entre 50 y 75: seriamente vulnerable al estrés. Puntuación por encima de 75: extremadamente vulnerable al estrés (26).

Tamaño de la muestra y análisis y gestión de datos

No se requirió de cálculo del tamaño de la muestra, puesto que se trata de un muestreo

no probabilístico (27), además de exploratorio. Con base en bibliografía sobre estudios de investigación, la muestra fue establecida en un mínimo de 30 participantes (28).

Los datos fueron cargados en una planilla de cálculo para luego ser procesados con el paquete estadístico SPSS versión 26. Las variables categóricas fueron resumidas en forma de tablas y figuras y las cuantitativas con medidas de tendencia central y de dispersión. Para la estadística inferencial se usó la prueba de chi cuadrado con un nivel de confianza del 95 %.

Asuntos éticos

El estudio fue aprobado por la Cátedra de Psicología Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (Paraguay). Los datos fueron tratados

con confidencialidad, igualdad y justicia, respetando los principios de Helsinki. Los participantes que requirieron retroalimentación de la encuesta fueron invitados a escribir su dirección de correo electrónico y recibieron información o sugerencias útiles específicas.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

Se incluyó a 36 pacientes, todas mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y 77 años. La media de edad fue de $49 \pm 15,4$ años con una mediana de 49,5 años. La edad más frecuente fue de 47 años. El 44,4 % estaba soltera, el 83,3 % tenía hijos, el 38,9 % tenía trabajo estable, el 33,3 % con primaria completa. Esto se puede ver en la Tabla 1.

Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	36	100
Estado civil		
Casada	16	44,4
Soltera	12	33,3
Unida	4	11,1
Viuda	4	11,1
Tiene hijos		
Sí	30	83,3
No	6	16,7
Trabajo estable		
Sí	14	38,9
No	22	61,1
Nivel de estudios		
Primaria completa	12	33,3
Primaria incompleta	4	11,1
Secundaria completa	2	5,6
Secundaria incompleta	4	11,1
Universitaria completa	10	27,8
Universitaria incompleta	4	11,1

Tabla 1. Características sociodemográficas (N=36).

Hábitos

En cuanto a los hábitos, ninguna fumaba, el 2,8 % tomaba alcohol, ninguna consumía sustancias ilícitas ni psicofármacos, el 5,6 % tenía algún tipo de tratamiento previo de salud mental.

Depresión, ansiedad y vulnerabilidad al estrés

El 27,8 % tenía depresión, según los puntos de corte del PHQ-2. El 22,2 % presentaba

ansiedad, según los puntos de corte de GAD-7. En cuanto al estrés, el 22,2 % tenía vulnerabilidad a este y el 5,6 % era seriamente vulnerable (Tabla 2). No se encontraron diferencias significativas entre las variables estudiadas en esta muestra ($p>0,05$).

Características	Frecuencia	Porcentaje
Depresión		
Con depresión	10	27,8
Sin depresión	26	72,2
Ansiedad		
Si ansiedad	14	38,9
Ansiedad leve	14	38,9
Ansiedad moderada	4	11,1
Ansiedad grave	4	11,1
Vulnerabilidad al estrés		
Sin vulnerabilidad	26	72,2
Vulnerable	8	22,2
Seriamente vulnerable	2	5,6

Tabla 2. Depresión, ansiedad y vulnerabilidad al estrés (N=36).

DISCUSIÓN

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida que afecta, en su mayoría, a personas en edad laboral y se caracteriza por poliartritis bilateral y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones (28).

En muchos casos esta enfermedad resulta incapacitante para realizar labores convencionales dentro del entorno en el que el paciente se desempeña previamente a su diagnóstico; asimismo, el cambio de estilo de vida y la convivencia con la patología puede desencadenar mucha frustración dentro del paciente, lo que conlleva a aumentar la predisposición tanto a la ansiedad, depresión como al estrés (29,30). De la misma manera,

se debe considerar la pérdida o cambio de empleo de los pacientes posterior al diagnóstico como una variable de interés. En la presente investigación hemos encontrado que la mayoría de los participantes no cuentan con un trabajo estable.

Es importante, además, tener en cuenta que los hábitos de los pacientes colaboran a desencadenar la aparición y agravamiento de una enfermedad reumatoidea (31,32); al mismo tiempo, se reconoce que el abandono brusco de algunos hábitos tóxicos que incluyan sustancias psicoactivas o relajantes, especialmente posterior a un diagnóstico médico, predisponen a otras enfermedades como la ansiedad (33). En nuestra

investigación se ha descrito que ninguna de las pacientes participantes presenta el hábito de fumar, no consumen sustancias ilícitas ni psicofármacos y solo una minoría tiene hábito etílico. De la misma manera, se deben describir las modificaciones en los hábitos de los pacientes para comprender los cambios impuestos posterior al diagnóstico.

La depresión es una comorbilidad importante en pacientes con AR y puede presentarse ya sea de forma crónica o intermitente. Su incidencia es variable (10-25 %) y es más frecuente en mujeres (34). Este porcentaje de depresión informado es concordante como el obtenido en nuestro estudio (27,8 %). Sin embargo, Isnardi et al., en una investigación realizada en Argentina en el año 2019, describen un porcentaje de depresión mayor al encontrado en nuestra investigación (35); esto podría deberse a las diferencias sociodemográficas entre ambos trabajos, así como la longevidad del diagnóstico y las comorbilidades asociadas.

Los factores que contribuyen a la depresión en pacientes reumáticos son diversos. Incluyen dolor, sufrimiento por síntomas somáticos, limitaciones funcionales, liberación de citocinas proinflamatorias, progresión de la enfermedad y discapacidad (36). Todo lo anterior hace que sea recomendable utilizar cuestionarios que puedan medir estas variables.

Los síntomas de ansiedad son más frecuentes en pacientes con artritis reumatoide que en la población general (37). Los estudios han demostrado que el 26-46 % de los pacientes con AR tienen síntomas de ansiedad. Esto último está en concordancia con nuestra investigación, que encontró una frecuencia de 22,2 % (37). Los pacientes con AR con estas condiciones tienen peores resultados de salud, incluida una mala adherencia a la medicación, peor respuesta al tratamiento, costos médicos más altos, alta mortalidad y menor calidad de vida. Por lo tanto, es importante examinar los factores de riesgo de los síntomas de ansiedad y depresión en los

pacientes con AR e incorporar el manejo de los factores psicológicos en el tratamiento.

Cabe destacar que Carrizo et al., a través de una investigación realizada en Argentina en el año 2022, encontraron un porcentaje mayor, del 59%, al de la presente investigación (38). De la misma manera, esto se puede deber a las diferencias demográficas de los pacientes y al instrumento utilizado para la categorización de estos.

El porcentaje de vulnerabilidad encontrado también ha sido concordante con la literatura médica. No hemos encontrado relaciones de tipo causa efecto, por lo que sugerimos la utilización de pruebas paramétricas o el cambio de diseño de la investigación (39).

Entre las limitaciones de esta investigación se menciona el tipo de muestreo, puesto que al no ser probabilístico no pueden extrapolarse los resultados obtenidos; sin embargo, estos últimos son similares a los encontrados en investigaciones previas, lo que demuestra una buena validez tanto interna como externa. Recomendamos, por tanto, realizar estudios ecológicos o multicéntricos.

Finalizando, se puede inferir que la depresión, la ansiedad y la vulnerabilidad al estrés son comorbilidades frecuentemente observadas en pacientes con artritis reumatoidea. Se requieren de intervenciones específicas de salud mental para abordar estas cuestiones y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

Contribución de los autores:

José Almirón-Santacruz, Iván Barrios Coronel, Marcelo Gerardo O'Higgins, Noelia Ruiz Díaz, Yanira Yinde Encina, Paola Pusineri Escobar, Julio Torales: concepción y diseño del estudio, análisis e interpretación de los resultados y conclusiones, revisión crítica del manuscrito. René Rojas Loreiro, Anthon Daniel Torres-Romero, Matías Franco Di Giuseppe: redacción del manuscrito, búsqueda bibliográfica. João Mauricio Castaldelli-Maia, Antonio Ventriglio,

Julio Torales: revisión crítica del manuscrito, aprobación final del manuscrito.

Conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

Fuente de Financiación: Ninguna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortés JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Rev Bioméd* [Internet]. 2017 [citado el 23 de noviembre de 2022];28(2). Disponible en: <http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/557>
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289(23):3095–105.
3. American Psychiatric Association, editor. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
4. Turesson C. Extra-articular disease manifestations in rheumatoid arthritis: incidence trends and risk factors over 46 years. *Ann Rheum Dis*. 2003;62(8):722–7.
5. Zielinski MR, Systrom DM, Rose NR. Fatigue, Sleep, and Autoimmune and Related Disorders. *Front Immunol*. 2019;10:1827.
6. Humphreys JH, Verstappen SMM, Hyrich KL, Chipping JR, Marshall T, Symmons DPM. The incidence of rheumatoid arthritis in the UK: comparisons using the 2010 ACR/EULAR classification criteria and the 1987 ACR classification criteria. Results from the Norfolk Arthritis Register. *Ann Rheum Dis*. 2013;72(8):1315–20.
7. Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(6):960–77.
8. Song JJ, Song YW, Bae SC, Cha HS, Choe JY, Choi SJ, et al. Treat-to-Target Strategy for Asian Patients with Early Rheumatoid Arthritis: Result of a Multicenter Trial in Korea. *J Korean Med Sci*. 2018;33(52):e346.
9. Scott IC, Machin A, Mallen CD, Hider SL. The extra-articular impacts of rheumatoid arthritis: moving towards holistic care. *BMC Rheumatol*. 2018;2(1):32.
10. Covic T, Cumming SR, Pallant JF, Manolios N, Emery P, Conaghan PG, et al. Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):6.
11. Morris A, Yelin EH, Panopalis P, Julian L, Katz PP. Long-term patterns of depression and associations with health and function in a panel study of rheumatoid arthritis. *J Health Psychol*. 2011;16(4):667–77.
12. Rezaei F, Neshat Doost HT, Molavi H, Abedi MR, Karimifar M. Depression and pain in patients with rheumatoid arthritis: Mediating role of illness perception. *Egypt Rheumatol*. 2014;36(2):57–64.
13. Korte SM, Straub RH. Fatigue in inflammatory rheumatic disorders: pathophysiological mechanisms. *Rheumatology*. 2019;58(Supplement_5):v35–50.
14. Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*. 2013;52(12):2136–48.
15. Straub RH, Dhabhar FS, Bijlsma JWW, Cutolo M. How psychological stress via hormones and nerve fibers may exacerbate rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2005;52(1):16–26.
16. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment: Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Arch Intern Med*. 2000;160(14):2101.
17. Matcham F, Davies R, Hotopf M, Hyrich KL, Norton S, Steer S, et al. The relationship between depression and biologic treatment response in rheumatoid arthritis: An analysis of the British Society for Rheumatology Biologics Register. *Rheumatology*. 2018;57(5):835–43.
18. Tugwell P, Boers M, Brooks P, Simon L, Strand V, Ildzerda L. OMERACT: An international initiative to improve outcome measurement in rheumatology. *Trials*. 2007;8(1):38.
19. Haider II, Imran MY. Depression in Rheumatoid Arthritis and its relation to disease activity. *Pak J Med Sci* [Internet]. 1969 [citado el 23 de noviembre de 2022];31(2). Disponible en: <http://pjms.com.pk/index.php/pjms/article/view/6589>
20. Englbrecht M, Alten R, Aringer M, Baerwald CG, Burkhardt H, Eby N, et al. New insights into the prevalence of depressive symptoms and depression in rheumatoid arthritis – Implications from the prospective multicenter VADERA II study. ten Klooster PM, editor. *PLOS ONE*. 2019;14(5):e0217412.
21. Department of Rheumatology, Showa University School of Medicine, Tokyo, Japan, Miwa Y, Ikari Y, Department of Rheumatology, Showa University School of Medicine, Tokyo, Japan, Hosonuma M, Department of Rheumatology, Showa University School of Medicine, Tokyo, Japan, et al. A study on characteristics of rheumatoid arthritis patients achieving remission in depression with 6 months of

- bdMARDs treatment. Eur J Rheumatol [Internet]. 2018 [citado el 23 de noviembre de 2022];5(2). Disponible en: <https://eurjrheumatol.org/en/a-study-on-characteristics-of-rheumatoid-arthritis-patients-achieving-remission-in-depression-with-6-months-of-bdmards-treatment-133088>
22. Lwin MN, Serhal L, Holroyd C, Edwards CJ. Rheumatoid Arthritis: The Impact of Mental Health on Disease: A Narrative Review. *Rheumatol Ther*. 2020;7(3):457–71.
 23. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092.
 24. Caycho-Rodríguez T, Barboza-Palomino M, Ventura-León J, Carbajal-León C, Noé-Grijalva M, Gallegos M, et al. Traducción al español y validación de una medida breve de ansiedad por la COVID-19 en estudiantes de ciencias de la salud. *Ansiedad Estrés*. 2020;26(2–3):174–80.
 25. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care*. 2003;41(11):1284–92.
 26. Pérez Núñez D, García Viamontes J, González G, Ernesto T, Ortiz Vázquez D, Centelles Cabrera M, et al. Vulnerabilidad al estrés en pacientes con enfermedad ulcerosa péptica. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2014;30(2):168–84.
 27. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación Científica. 2014.
 28. Jindal RD, Thase ME, Fasiczka AL, Friedman ES, Buysse DJ, Frank E, et al. Electroencephalographic sleep profiles in single-episode and recurrent unipolar forms of major depression: II. Comparison during remission. *Biol Psychiatry*. 2002;51(3):230–6.
 29. Salazar-Mejía CE, Galarza-Delgado DÁ, Colunga-Pedraza IJ, Azpiri-López JR, Wah-Suárez M, Wimer-Castillo BO, et al. Relación entre productividad laboral y características clínicas de la artritis reumatoide. *Reumatol Clínica*. el 1 de noviembre de 2019;15(6):327–32.
 30. Puebla Rodríguez L, Prada Hernández DM, Gómez Morejón JA, Pozo Abreu SM, Hernández Cuellar MV, Reyes Pineda Y, et al. Morbilidad laboral con incapacidad temporal en pacientes con artritis reumatoide. *Rev Cuba Reumatol [Internet]*. diciembre de 2021 [citado el 11 de diciembre de 2022];23(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-59962021000300006&lng=es&nrm=iso&tng=pt
 31. Castañeda S, González C, Villaverde V, Lajas Petisco C, Castro MC, Jirout F, et al. Desarrollo y viabilidad de cuatro checklists para la evaluación de la comorbilidad en pacientes con artritis reumatoide, espondiloartritis axial y artritis psoriásica: Proyecto GECOAI. *Reumatol Clínica*. el 1 de febrero de 2022;18(2):114–23.
 32. Sánchez-Campamà J, Nagra NS, Pineda-Moncusí M, Prats-Urbe A, Prieto-Alhambra D. The association between smoking and the development of rheumatoid arthritis: a population-based case-control study. *Reumatol Clínica Engl Ed*. el 1 de diciembre de 2021;17(10):566–9.
 33. Zanotti M, Ávila-Pedretti G, Abreu P de. Análisis del componente subjetivo del DAS28 en dos poblaciones de América del Sur con artritis reumatoide en tratamiento con agentes biológicos. *Rev Paraguaya Reumatol*. el 24 de junio de 2020;6(1):22–30.
 34. Covic T, Tyson G, Spencer D, Howe G. Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors. *J Psychosom Res*. 2006;60(5):469–76.
 35. Isnardi CA, Capelusnik D, Schneeberger EE, Barloco L, Blanco E, Benítez CA, et al. La depresión es un determinante mayor de la capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea, independientemente de la actividad de la enfermedad. *Rev Argent Reumatol*.:6.
 36. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends Immunol*. 2006;27(1):24.
 37. Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*. 2013;52(12):2136–48.
 38. Carrizo Abarza V, Isnardi CA, Schneeberger EE, Barbich T, Luna G, Dapeña JM, et al. Impacto de la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con artritis psoriásica. *Rev Argent Reumatol*. el 2 de junio de 2022;33(2):52–66.
 39. Iannuccelli C, Lucchino B, Gioia C, Dolcini G, Favretti M, Franculli D, et al. Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: stress vulnerability, resilience and mood disturbances in fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2021;39 Suppl 130(3):153–60