

# Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología  
Volumen XIV Número 19, 2012 ISSN: 1817-5996

[www.revreumatologia.sld.cu](http://www.revreumatologia.sld.cu)



## ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

### Morbilidad psiquiátrica en pacientes con artritis reumatoide

### Psychiatric morbidity in patients with rheumatoid arthritis

**Campos Zamora Madelyn\*, López Mantecón Ana Marta\*\*, Sotolongo García Yenia\*\*\***

\* Especialista de 2do grado en Psiquiatría.

\*\* Especialista de 1er grado en MGI y Reumatología.

\*\*\* Especialista de 2do grado en Psiquiatría.

Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Quirúrgico Docente 10 de Octubre, Servicio Nacional de Reumatología, Facultad de Medicina 10 de Octubre, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, La Habana, Cuba

#### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, retrospectivo con el objetivo de identificar la morbilidad psiquiátrica en pacientes con artritis reumatoide valorados por psiquiatría de enlace durante el año 2010. Se analizaron todos los pacientes ingresados, con enfermedades reumatológicas, que fueron atendidos en la Consulta de Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Quirúrgico “10 de Octubre” (172 pacientes). La muestra quedó formada por 67 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Se evaluaron variables como la edad, sexo, diagnósticos psiquiátricos y comorbilidad psiquiátrica según la CIE- 10 (Eje I). La totalidad de los pacientes pertenecieron al sexo femenino, predominó el grupo de pacientes en el rango de treinta a cuarenta y nueve años y dentro de ellos el grupo de treinta a treinta y nueve años de edad. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes (Eje I) fueron: El episodio depresivo, el trastorno no orgánico del ciclo del sueño- vigilia y el Trastorno mixto depresivo ansioso. La comorbilidad psiquiátrica que predominó (Eje II) fue a expensas del diagnóstico de trastorno de la personalidad.

**Palabras clave:** psiquiatría de enlace, artritis reumatoide, episodio depresivo, trastorno no orgánico del ciclo del sueño vigilia, trastorno mixto depresivo- ansioso, trastorno de la personalidad.

#### ABSTRACT

In this paper we report an retrospective, quantitative, descriptive and transversal study in order to identify psychiatric morbidity in rheumatoid arthritis patients evaluated by psychiatry professionals during the whole 2010. We studied all inpatients with

rheumatic diseases were attended at the Liaison psychiatry consult of the psychiatry Service of "10 de Octubre" Hospital (172 patients). The sample was made by 67 patients with Rheumatoid arthritis. We evaluated age, gender, psychiatric disorders and psychiatric comorbidity according CIE-10 (Ex. I). All patients belonged to Feminine gender, most patient's were in the group from 30 to 49 years old mostly to the group from 30 to 39 years old. The most frequent psychiatric diagnosis were (Ex. I): Depressive episode, non organic-disturbance of sleep-awakens cycle and depression-anxiety mixed disturbance. The predominant psychiatric comorbidity (Ex. II) was the diagnosis of Personality disturbances

**Keywords:** liaison psychiatry, rheumatoid arthritis, depressive episode, non organic-disturbance of sleep-awakes cycle, depression-anxiety mixed disturbance, personality disturbances.

## INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad grave, frecuente, heterogénea y potencialmente invalidante, y constituye un problema de Salud Pública.<sup>1</sup> Es de distribución universal y se estima que su prevalencia mundial se encuentra alrededor de 0,8% con una incidencia aproximada de 0,5 x 1000 habitantes al año. En todos los estudios publicados se señala la mayor frecuencia de la enfermedad en el sexo femenino (2:1) y alrededor de los 35 años de edad.<sup>2-5</sup>

Continúa siendo definida como una enfermedad autoinmunitaria inflamatoria crónica, que afecta predominantemente a las articulaciones diartrodiales, aunque es de naturaleza sistémica y pueden aparecer manifestaciones extrarticulares como la anemia, un síndrome general, oculares (escleritis y episcleritis), vasculitis (cutánea o sistémica), neurológicas, cardíacas, pulmonares y renales.<sup>3,4</sup>

Durante las últimas 2 décadas del pasado siglo se ha afianzado la idea de que no es una enfermedad con un pronóstico favorable, ya que la mayoría de los pacientes presenta un deterioro estructural, funcional y social muy relevante durante el curso de la enfermedad. Con elevada frecuencia se asocia a morbilidad grave, alteración de la funcionalidad con incapacidad para el trabajo, deterioro de la calidad de vida y aumento de la mortalidad. Además hay que tener en cuenta que el impacto económico de la misma es elevado, reflejándose a través de costos directos (consultas médicas, pruebas diagnósticas, medicamentos, días de hospitalización) y costos indirectos (pérdida por incapacidad laboral).<sup>3-7</sup>

Es necesario por lo tanto, una actuación rápida y energética para controlar la actividad inflamatoria de la enfermedad en las primeras fases de su evolución, lo que podría alterar favorablemente el curso de la enfermedad. Por tanto, la optimización del tratamiento clásico de la AR exige el diagnóstico precoz de la enfermedad y la inmediata instauración de terapia.<sup>8</sup>

Desde el punto de vista del tratamiento medicamentoso, los analgésicos y AINES ofrecen una ayuda sintomática para el dolor y/o la inflamación, al igual que los corticoides. Los medicamentos de elección en pacientes con AR son los

FARMES o fármacos modificadores de la enfermedad que son capaces de prevenir o al menos reducir el daño articular producido por la enfermedad, y de esa manera preservar al máximo la articulación y la función articular.<sup>8,9</sup>

Se describe que en la artritis reumatoide pueden presentarse durante la evolución o a consecuencia de los tratamientos, síntomas depresivos, maniformes, hipocondriacos o psicóticos, que pudieran afectar el curso de la enfermedad,<sup>10-13</sup> e interferir en el deseo y la comprensión del régimen de tratamiento y de rehabilitación necesarios, por lo que es frecuente la solicitud por parte del médico de asistencia de la intervención del psiquiatra de enlace.<sup>12,14</sup> En nuestro hospital se brinda esta modalidad de tratamiento y somos llamados para valorar este tipo de pacientes en los que se hace necesario indicar tratamiento psicofarmacológico y trazar estrategias de intervención, para lograr una evolución favorable y mejorar su calidad de vida.

El tratamiento a estos pacientes nos ha motivado a buscar información sobre morbilidad y comorbilidad psiquiátrica, específicamente en los que están afectados de Artritis Reumatoide, por lo que nos decidimos a incursionar en el tema realizando este estudio.

### Objetivo General

- Identificar la morbilidad psiquiátrica en pacientes con Artritis Reumatoide valorados por Psiquiatría de Enlace.

### Objetivos específicos

- Determinar los variables edad y sexo.
- Identificar los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes según la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales. Versión 10 (CIE-10).
- Indagar la existencia de comorbilidad psiquiátrica en la muestra.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide remitidos a la consulta de Psiquiatría de Enlace del Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre durante el año 2010.

## Universo

El universo de trabajo estuvo constituido por la totalidad de los 172 pacientes con afecciones reumatólicas atendidos en la Consulta de Psiquiatría de Enlace del servicio de psiquiatría del Hospital Clínico Quirúrgico “10 de Octubre” durante el período de tiempo referido.

## Muestra

La muestra quedó conformada por 67 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que representaron el 39 % del total, la fuente del dato primario se obtuvo de los registros de la Consulta de Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría, del Hospital Clínico Quirúrgico “10 de Octubre”. Para emitir los diferentes diagnósticos psiquiátricos se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales en su versión 10 (CIE-10) (15)

La información recogida fue procesada mediante el paquete estadístico SPS (versión 11,5 para habla hispana). Se confeccionaron tablas de frecuencia y contingencia las cuales facilitaron interpretar y mostrar los resultados.

## RESULTADOS

El 100 % de la muestra pertenecía al sexo femenino, el rango de edad más representado fue el comprendido entre treinta a cuarenta y nueve años con un ligero predominio del grupo de treinta a treinta y nueve con 22 pacientes para un 32,8 %, seguido de los pacientes con edades comprendidas entre los 40 a 49 años al que pertenecían 21 pacientes que representaron el 31 % de la muestra (Tabla 1)

*Tabla 1. Distribución por grupo de edades.*

Edad	Frecuencia	%
20 a 29	3	5,4
30 a 39	22	32,8
40 a 49	21	31,3
50 a 59	9	13,4
60 a 69	6	8,9
70 a 79	4	5,9
Mas de 80	2	2,9
Total	67	100

*Fuente: Registros de Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría del HCQ “10 de Octubre” Enero-Diciembre 2010.*

A pesar de que en estas enfermedades se reporta una alta incidencia en la mujer, que en algunos trabajos oscila entre el 73 y el 88 %,<sup>2-4</sup> este resultado no es representativo de lo que ocurre en la población general, ya que esta es una muestra de pacientes ingresados provenientes de un servicio de referencia nacional para la especialidad.

Los grupos de edades de los pacientes evaluados, se comportan de forma similar a los reportados por otros autores nacionales y lo descrito en la literatura.<sup>2, 3, 6, 7</sup>

Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentemente encontrados en la muestra según la CIE-10,<sup>15</sup> y su clasificación por EJE I se muestran en la Tabla 2.

*Tabla 2. Distribución según diagnóstico psiquiátrico.*

Diagnóstico	Eje	Frecuencia	%
Episodio Depresivo	I	34	50,7
Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia	I	18	26,8
Trastorno Mixto	I	12	18,18
Trastorno Ansiedad	I	3	4,5

*Fuente: Registros de Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría del HCQ “10 de Octubre” Enero-Diciembre 2010.*

El Episodio depresivo fue el diagnóstico psiquiátrico que más se presentó pues se constató en 34 del total de 67 pacientes lo que constituye la mitad de la muestra. Hay criterios que consideran que la depresión está presente entre el 40 y el 50 % de los pacientes que padecen esta enfermedad,<sup>13</sup> lo que concuerda con el resultado de nuestro estudio. En relación con esta variable se debe considerar además que la depresión es más frecuente en la mujer,<sup>16,17,18,19</sup> y que estos pacientes consumen medicamentos con efecto pro-depresivo como los esteroides, analgésicos, antihipertensivos entre otros para el

tratamiento de su enfermedad reumática o de las comorbilidades asociadas a ella.<sup>9,11</sup>

El Trastorno no orgánico del ciclo del sueño vigilia le sigue en orden de frecuencia al estar presente en el 26,8 % de la muestra. Este trastorno pudiera estar relacionado con el dolor articular crónico que ocasiona la enfermedad, con algunos medicamentos empleados para controlar los síntomas o con el estado de ánimo deprimido.<sup>9, 10, 11, 20</sup>

El Trastorno mixto depresivo ansioso se presentó en 12 pacientes que constituyen el 18,18 %. Aquí coexisten síntomas depresivos y ansiosos que pudieran estar relacionados con los síntomas de la enfermedad y la repercusión de ésta en la esfera personal, familiar y social.<sup>19-21</sup>

Si tomamos en consideración el Episodio depresivo y el Trastorno mixto depresivo ansioso vemos que la incidencia de depresión aumenta de forma significativa.

El acercamiento psicológico debe realizarse en todos los pacientes con dolor. La artritis reumatoide constituye el clásico

modelo de dolor crónico, sin embargo en la práctica son pocos los enfermos que aceptan, sin más, la intervención de un psiquiatra o un psicólogo. Es obvio que en todo tipo de dolor tienen relevancia los aspectos psicológicos, con independencia de la causa que dé origen al dolor o lo mantenga. Se justifica este acercamiento porque entre un 30 y un 57 % de los pacientes con dolor crónico presentan depresión (Banks et al, 1996; Sullivan et al, 1992). Se ha objetivado en algunos estudios que un 35 % de los pacientes con dolor crónico tienen algún trastorno de ansiedad (McWilliams et al, 2004). Algunos estudios muestran cifras de hasta el 60 % (Fishbain et al, 2004).<sup>11</sup>

*Tabla 3. Distribución según tipo de comorbilidad psiquiátrica.*

Diagnóstico	Frecuencia	%
Trastorno Histríónico de la personalidad	6	9,09
Otros trastornos de la personalidad	6	9,09
Trastorno Obsesivo de la personalidad	3	4,54
Total	15	22,72

*Fuente: Registros de Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría del HCQ "10 de Octubre" Enero-Diciembre 2010.*

Se constató comorbilidad psiquiátrica (según el Eje II) a expensas del diagnóstico de Trastorno de la personalidad en 15 pacientes para un 22,7 % del total de la muestra. Dentro de éstos el Trastorno histríónico de la personalidad y otros Trastornos de la personalidad se presentaron en 6 pacientes cada uno para un 9,09 %. (Tabla 3). Se ha planteado por algunos autores que en estos pacientes se pueden observar características de personalidad de tipo impulsiva y

perfeccionista,<sup>10</sup> aunque no hay conclusiones al respecto. Esta comorbilidad consideramos, pudiera tener repercusión en la forma de afrontamiento a la enfermedad y en su pronóstico, por las dificultades adaptativas que padece quien presenta un Trastorno de la personalidad, por lo que consideramos importante tener esto en cuenta a la hora de trazar estrategias de intervención en estos enfermos

## CONCLUSIONES

La totalidad de los pacientes pertenecían al sexo femenino, la mayor proporción lo constituyó el grupo de pacientes con edades comprendidas entre treinta a cuarenta y nueve años. Se identifica la presencia de morbilidad psiquiátrica en la totalidad de las pacientes, a expensas fundamentalmente de: Episodio depresivo, Trastorno no orgánico del ciclo del sueño vigilia y el Trastorno mixto depresivo ansioso en orden decreciente de frecuencia.

Como comorbilidad psiquiátrica se presentó el Trastorno de la personalidad aunque no en la mayor proporción de pacientes.

## RECOMENDACIONES

Desarrollar estrategias de intervención interdisciplinaria en la atención de estos pacientes con un enfoque psicosocial

Realizar investigaciones sobre la morbilidad y comorbilidad psiquiátrica con mayor número de pacientes

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Scott D, Wolfe F, Huizinga TW. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2010; 376: 1094-1108
- 2-Reino J. Artritis Reumatoide. En *Manual SER de las Enfermedades Reumáticas*, 5ta ed. Madrid .Medica Panamericana; 2008:190-199.
- 3-Harris ED. Clinical features of rheumatoid arthritis. In: Ruddy S, Harris ED, Sledge CB, Kelley WN, eds. *Kelley's Textbook of rheumatology*. 7th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2005:1043-78
- 4- Losa E, Calvo J. Del Canto F, Alarcón G. Artritis Reumatoide En: *Enfermedades autoinmunes sistémicas y reumatológicas*. Ed. Masson; 2006:369-390.
- 5-Guía Clínica Artritis Reumatoidea. MINISTERIO DE SALUD Santiago: Minsal, 2007.
- 6- Prada D, Molinero C, Gómez JA, Reyes Y, Siñani CJ. Caracterización de la invalidez laboral por enfermedades reumáticas en el municipio 10 de Octubre, estudio de 6 años. *Rev Cubana Reumatol* 2006; 8: 65-78.
- 7-Panedo Coello A., Reyes Llerena G, Guibert Toledano, Hernández Martínez A. Prevalencia de las enfermedades reumáticas e invalidez asociada en la población urbana cubana atendida por el médico de familia. Aplicación del instrumento COPCORD, *Rev. Cub. Reumatología*. 2001; III(1):30 a 37.
- 8-Alfaro J. En busca de un diagnóstico temprano para artritis reumatoide. *Rev Peruana Reumatol* 2003; 9:55-9.
- 9-Formulario Nacional de Medicamentos, Ed. Ciencias Médicas, pag (30º, 34, 36,278, 279, 281, 336, 359), 2006.

- 10-Castro Lopez H, Barrientos G .*Psiquiatría* . 2da ed. La Habana, Editorial Pueblo y Educación. 2000: 611, 612, 933, 935.
- 11-Castel-Bernala B, García-Bardóna VFyTornero-Molina J. *Evaluación psicológica en el dolor crónico* .Reumatol Clin. 2006;2 Supl 1: S44-9
- 12- Sotolongo Y, Menéndez J, Valdés MA, Campos M, Turró M, *Psiquiatría de Enlace en el paradigma salubrista. Reto o salto cualitativo*. Rev. Cub. de Med. Mil.2004 ,1(33).
- 13-Colectivo de autores .*Trastornos Psiquiátricos*. En: *Manual Merck* .Ediciones españolas.2007:1831-1918.
- 14-*Psiquiatría de Enlace*. Disponible:  
<http://es.wikipedia.org/wiki/Psiquiatr%F3adadeenlace> .Consultado el 28 de abril del 2008.
- 15-OMS Meditor .*Trastornos Mentales y del Comportamiento. Pautas Diagnósticas y de Actuación en Atención Primaria*. 1992.
- 16-Oquendo MA., Ellis SP., Greenwald. et.al. *Diferencias de sexo y raza en los indices de suicidio en relación con la depresión en EE.UU. American journal of psychiatry*. 2001: 158.
- 17-Moreno M., Clemente E., Piñeiro., Martínez M., Alonso F., Rodriguez F. *Influencia del género de los pacientes en el manejo de cuadros depresivos*. Atención Primaria. 2001 ;26(8).
- 18- Bracke P. *The tree years persistente of depressive symptoms in men and woman*. Social Science&Medicine, 2002, 51:51-64.
- 19-Galiano A..*Morbilidad Oculta de Depresión*. Tesis de Maestría en psiquiatría Social. C. Habana 2002.
- 20-Cadevall J.,Miñarro A,Villarroya A. *Estudio Diana. Depresión con insomnio y ansiedad: Nueva Aproximación*. Psiquiatría Biológica. 2001,8( 5):175-181.
- 21-Diagnóstico y Clasificación de las Enfermedades Mentales. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. Editorial Ciencias Médicas, 2008

---

Los autores refieren no tener conflicto de intereses

Recibido: 9 de mayo de 2012

Aprobado: 25 de junio de 2012

Contacto para correspondencia: Dra. Madelyn Campos Zamora **E-mail:** [madelyn.campos@infomed.sld.cu](mailto:madelyn.campos@infomed.sld.cu)

Hospital CQD 10 de Octubre, Calzada de 10 de Octubre N0 122, esquina Agua Dulce, La Habana, Cuba