

Frecuencia de sintomatología ansiosa y sus factores relacionados en mujeres con artritis reumatoide en un hospital general de Lima.

Frequency of anxious symptomatology and related factors in female patients with rheumatoid arthritis in a general hospital in Lima.

Yumiko S. Fudino-Villar¹, Juan J. Salazar-Quiroz¹, Luis W. Wong-Becerra¹, Johann M. Vega-Dienstmaier^{1,2,b}, Alfredo Berrocal-Kasay^{1,2,a}

RESUMEN

Objetivo: Estudiar la frecuencia de sintomatología ansiosa y los factores relacionados a ésta en mujeres con artritis reumatoide (AR) que acuden a un hospital general de Lima. **Métodos:** Se incluyeron pacientes mujeres con AR a quienes se les aplicó una ficha con las variables sociodemográficas, la escala visual analógica (EVA) para medir intensidad de dolor, el Modified Health Assessment Questionnaire (M-HAQ) para evaluar discapacidad funcional y una escala de ansiedad (EA-72) construida y validada en el Perú para determinar presencia o ausencia de ansiedad clínicamente significativa. **Resultados:** Se encontraron 68 pacientes con ansiedad clínicamente significativa (46,57%) entre las 146 pacientes evaluadas. El análisis multivariado mostró que la discapacidad funcional con puntaje de M-HAQ ≥ 2 (OR = 6,89) y el dolor ≥ 5 cm según la EVA (OR = 3,27) fueron factores relacionados a ansiedad clínicamente significativa en las pacientes con AR mientras que el grado de instrucción superior (OR = 0,25) fue un factor protector. **Conclusiones:** Este estudio muestra que una alta proporción de pacientes con AR presenta ansiedad clínicamente significativa y que ésta se relaciona con la discapacidad funcional, el dolor y un menor grado de instrucción.

PALABRAS CLAVE: Artritis reumatoide, ansiedad, limitación crónica de la actividad, dolor, escolaridad.

SUMMARY

Objectives: To study the frequency of anxiety symptomatology and related factors in female patients with rheumatoid arthritis (RA) in a general hospital in Lima. **Methods:** Female patients with RA were included. We administered a questionnaire to evaluate socio-demographic data, the visual analogue scale (VAS) to measure pain intensity, the Modified Health Assessment Questionnaire (M-HAQ) to study functional disability and an anxiety scale (EA-72) constructed and validated in Peru to determine the presence or absence of clinically significant anxiety. **Results:** 68 subjects with clinically significant anxiety (46.57%) were found among 146 RA patients. Multivariate analysis showed that functional disability with a score of M-HAQ ≥ 2 (OR = 6.89) and pain ≥ 5 cm according to VAS (OR = 3.27) were factors related to anxiety in patients with RA while the high educational level (OR= 0.25) was a protective factor. **Conclusions:** This study shows that a high percentage of RA patients had clinically significant anxiety and that it was related to functional disability, pain and a lower educational level.

KEY WORDS: Arthritis, rheumatoid; anxiety; chronic limitation of activity; pain; educational status.

¹. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

². Hospital Nacional Cayetano Heredia.

^a. Médico, reumatólogo.

^b. Médico, psiquiatra.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune del tejido conectivo que afecta aproximadamente a 1% de la población adulta a nivel mundial, con una mayor incidencia entre la cuarta y la sexta década de la vida y con una frecuencia de 2 a 3 veces mayor en la mujer que en el hombre (1). En nuestro país se estima que la prevalencia de AR en la población general es de 0,5 % (2).

El proceso inflamatorio crónico que caracteriza a la AR afecta no solo el bienestar físico, en forma de discapacidad, sino también el estado psíquico de los pacientes (3, 4). Así el dolor, la fatiga y la discapacidad funcional, que son condiciones frecuentes en pacientes con AR, son considerados como factores de estrés que aumentan el riesgo de desarrollar desórdenes mentales tales como ansiedad y depresión (5).

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos. Los trastornos de ansiedad son un problema de salud común, siendo su prevalencia de vida en Lima Metropolitana (Perú) de 25,3% (6); asimismo la prevalencia de ansiedad en pacientes que padecen de AR varía aproximadamente entre 13% y 70% (1, 5, 7, 8).

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psicosociales (9,10), tales como el ambiente familiar, experiencias amenazadoras de vida y situaciones de estrés que pueden ser generados por comorbilidades médicas (10-12).

Los síndromes psiquiátricos tienen un impacto negativo importante en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas ya que incrementan el tiempo de la enfermedad, la morbilidad, la mortalidad y los costos asociados, y disminuyen la adherencia al tratamiento en enfermedades reumatológicas (13). Los estudios al respecto han demostrado que existe asociación entre la presencia de síntomas de ansiedad y dolor articular en pacientes con AR (14), e incluso se encuentra un mayor efecto de la ansiedad que de la depresión en lo que se refiere a la presencia de dolor y estrés en dichos pacientes (15). De igual manera, las investigaciones muestran que la edad, el sexo, el nivel educativo, el estado civil y la ocupación son factores sociodemográficos predictores de ansiedad (16-19).

El objetivo de nuestro estudio fue determinar la frecuencia de ansiedad y explorar sus factores relacionados en mujeres que padecen de AR que acuden a un hospital general de Lima, considerando que en nuestro país no se han realizado trabajos al respecto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio transversal analítico realizado en el servicio de Inmuno-Reumatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), ubicado en la ciudad de Lima (Perú), en el periodo comprendido entre enero y febrero del 2015. Para el cálculo del tamaño muestral se consideró que la frecuencia de ansiedad en pacientes con AR fue de 13,4% (5), obteniéndose una muestra de 131 pacientes para un intervalo de +/- 5% y un nivel de confianza de 95%.

Se incluyeron pacientes mujeres del consultorio externo de Inmuno-Reumatología mayores de 18 años con diagnóstico de AR de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología del año 2010 (20). Se excluyeron aquellas pacientes analfabetas, con trastornos psicóticos, cáncer, VIH-SIDA, trastornos orgánico-cerebrales, otra enfermedad del tejido conectivo y grado funcional IV. A cada participante se le entregó el consentimiento informado; luego de aceptada la participación en el estudio y firmado el documento, se procedió a aplicar los instrumentos. Finalizados los mismos, se colocó la ficha con todos los datos en un sobre cerrado hasta el proceso de digitación y análisis.

Se aplicaron cuatro instrumentos, el primero de ellos consistía en una ficha de datos sociodemográficos que incluyó las variables edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, tiempo de enfermedad y otros datos clínicos. Para el tiempo de enfermedad, se consideró como punto de corte un valor ≥ 3 años, tal como se realizó en un estudio previo (21).

En segundo lugar, se utilizó una escala de ansiedad (EA-72) construida y validada en el Perú (6) para determinar la presencia de sintomatología de ansiedad. Ésta consta de 72 ítems de doble opción (sí/no), otorgando un puntaje de 1 si la respuesta es indicativa de ansiedad y 0, si no lo es; la puntuación mayor o igual a 39 se considera indicador de ansiedad clínicamente significativa en mujeres, lo que equivale a un puntaje en la escala Clinical Global Impression (CGI) ≥ 4 (ansiedad moderada o mayor) (6).

La variable dolor fue medida mediante la escala visual analógica (EVA); para efecto del análisis se consideró como punto de corte un puntaje de EVA ≥ 5 cm, siendo ésta la mediana del puntaje de dolor de las pacientes incluidas.

Por último se aplicó el Modified Health Assessment Questionnaire (M-HAQ) el cual fue validado en el Perú para la población en estudio (22). Este cuestionario incluye 8 ítems que miden la discapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide (a mayor puntaje, mayor dificultad para realizar actividades). Se determinó como punto de corte un valor de M-HAQ ≥ 2 tomando como referencia un estudio previo (21).

Los datos una vez recolectados fueron ingresados a un archivo de Microsoft Excel donde se realizó la

codificación para luego ser exportados al programa STATA versión 11.0, con el cual se llevó a cabo el análisis estadístico. Se utilizó el Odds Ratio (OR) con su respectivo intervalo de confianza al 95% para hallar la fuerza de la relación entre 2 variables. Para la significación estadística se tomó un valor de $p < 0,05$, eligiéndose como prueba estadística el Chi cuadrado de Pearson (χ^2) para las variables cualitativas y la prueba de t de Student para la variable cuantitativa edad. Se elaboraron tablas de frecuencias y de análisis bivariado y multivariado. Las variables con un p significativo ingresaron al análisis multivariado con regresión logística.

Este estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y por el Comité Institucional de

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas en pacientes con artritis reumatoide.

	Total de pacientes	Ansiedad clínicamente significativa		Análisis bivariado (p-valor)
	n = 146	Sí (n = 68)	No (n = 78)	
Edad (media)	53,76 (DS* = 14,18)	54,91 (DS* = 13,93)	52,76 (DS* = 14,42)	$p^H = 0,36$
Ocupación				
Con empleo	28 (19,18%)	12 (17,65%)	16 (20,51%)	$p^I = 0,66$
Sin empleo	118 (80,82%)	56 (82,35%)	62 (79,49%)	
Estado civil				
Con pareja	72 (49,32%)	34 (50%)	38 (48,72%)	$p^I = 0,88$
Sin pareja	74 (50,68%)	34 (50%)	40 (51,28%)	
Tiempo de enfermedad				
< 3 años	28 (19,18%)	10 (14,71%)	18 (23,08%)	$p^I = 0,20$
≥ 3 años	118 (80,82%)	58 (85,29%)	60 (76,92%)	
Grado de instrucción				
Primaria	62 (42,46%)	38 (55,88%)	24 (30,77%)	$p^I < 0,05$
Secundaria	56 (38,36%)	25 (36,76%)	31 (39,74%)	
Superior	28 (19,18%)	5 (7,36%)	23 (29,49%)	
Dolor				
< 5 cm	54 (36,99%)	12 (17,65%)	42 (53,85%)	$p^I < 0,05$
≥ 5 cm	92 (63,01%)	56 (82,35%)	36 (46,15%)	
Discapacidad funcional				
M-HAQ < 2	90 (61,64%)	24 (35,29%)	66 (84,62%)	$p^I < 0,05$
M-HAQ ≥ 2	56 (38,36%)	44 (64,71%)	12 (15,38%)	

*: Desviación estándar

H: p del t de Student

I: p del Chi cuadrado de Pearson (χ^2)

Tabla 2. Relación entre ansiedad clínicamente significativa y características sociodemográficas y clínicas en pacientes con artritis reumatoide. Análisis bivariado y multivariado.

Variables	Análisis bivariado OR no ajustado (95% IC)	Análisis multivariado OR ajustado (95% IC)
Ocupación		
Con empleo	1	
Sin empleo	1,20 (0,52 – 2,77)	
Estado civil		
Con pareja	1	
Sin pareja	0,95 (0,5 – 1,82)	
Tiempo de enfermedad		
< 3 años	1	
≥ 3 años	1,74 (0,74 – 4,08)	
Grado de instrucción		
Primaria	1	
Secundaria	0,51 (0,24 – 1,06)	0,89 (0,37 – 2,13)
Superior	0,14 (0,05 – 0,41)	0,25 (0,07– 0,86)
Dolor		
< 5 cm	1	
≥ 5 cm	5,44 (2,53 – 11,71)	3,27 (1,37 – 7,79)
Discapacidad funcional		
M-HAQ < 2	1	
M-HAQ ≥ 2	10,08 (4,57 – 22,24)	6,89 (2,95 – 16,08)

Ética en Investigación del HNCH. El cuestionario fue aplicado de manera anónima tal como se estipula en el consentimiento informado.

RESULTADOS

Se invitó a participar en el estudio a 169 pacientes, de las cuales 2 se negaron. De las 167 pacientes evaluadas, 146 cumplían con los criterios de inclusión. Se halló una frecuencia de ansiedad clínicamente significativa de 46,57% (IC 95%: +/- 8,08%; 68 de 146 pacientes).

En la tabla 1, se muestran las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes incluidas en el estudio.

El análisis bivariado expuesto en la tabla 2 mostró que la discapacidad funcional (puntaje de M-HAQ ≥ 2), dolor ≥ 5 cm y el menor grado de instrucción fueron factores relacionados significativamente a sintomatología de ansiedad en pacientes con AR. El

análisis multivariado final mostró que dichas tres variables se mantenían como factores independientes significativamente relacionados a sintomatología de ansiedad en las pacientes con AR.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo hallamos una alta proporción de ansiedad (46,57%) en las pacientes con AR, la cual está dentro del rango de 13 a 70% según los resultados de otros estudios (1,5,7,8).

Este estudio encuentra que la discapacidad funcional y el dolor se relacionan con la presencia de ansiedad clínicamente significativa en mujeres con AR, siendo el grado de instrucción superior un factor protector.

En nuestro estudio la variable que se relacionó con mayor fuerza a la presencia de ansiedad fue la discapacidad funcional. Del mismo modo, otros trabajos muestran que a mayor grado de discapacidad

funcional se afectaba más el bienestar psicológico, con alteración del componente afectivo y de la satisfacción en el aspecto personal, familiar y laboral. La presencia de dolor, la inmovilidad articular y la fatiga, propios del trastorno inflamatorio de fondo, afectan no solo el bienestar físico sino también psicológico, generándose una serie de emociones negativas ante la discapacidad creada por la enfermedad (19).

La presencia de síntomas de ansiedad en la AR se relaciona significativamente con el dolor lo cual también se evidencia en otros estudios de pacientes con AR (14), e incluso se ha hallado que la ansiedad tiene mayor relación que la depresión con la presencia de dolor en dichos pacientes (15). El paciente con AR se encuentra en un círculo vicioso en el que la reducción y la evitación de actividades físicas a causa del dolor pueden generar en él una actitud de desesperanza, sirviendo como detonante para múltiples comorbilidades mentales tales como la ansiedad (23).

Con respecto al nivel educativo, en nuestro estudio se encontró que a menor grado de instrucción hay mayor tendencia a presentar ansiedad clínicamente significativa. En ese sentido, en una cohorte se encontró un efecto protector del mayor nivel educativo sobre la presencia de ansiedad – depresión evaluada con la escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); ya que un bajo nivel educativo restringía las opciones laborales de las personas por lo que se abocaban a trabajos manuales condicionando problemas musculoesqueléticos y fatiga (17).

Por otro lado, investigaciones previas concluyeron que la edad, el estado civil, el empleo y el tiempo de enfermedad fueron factores relacionados a sintomatología de ansiedad (18,19,24-27); sin embargo, en nuestro estudio no se encontró dicha relación, lo cual podría haber ocurrido debido a que nuestro tamaño de muestra no fue lo suficiente para detectar relaciones más débiles.

Dentro de las limitaciones del estudio tenemos a la presencia de los llamados “criterios de contaminación”; es decir, la superposición entre los síntomas de ansiedad y las manifestaciones de la AR (tales como fatiga, insomnio, debilidad, etc.), que son síntomas incluidos en la EA-72. Además hay que tener en cuenta que debido a la baja prevalencia de la AR en nuestra población, se utilizó un muestreo por conveniencia para captar a las pacientes en el servicio de Inmuno-Reumatología de un hospital general de Lima de tercer nivel de atención, por lo que nuestras

conclusiones no necesariamente podrían aplicarse a pacientes con AR de otras instituciones.

En conclusión, se encontró una importante proporción de ansiedad clínicamente significativa en las pacientes con AR y que las variables que estuvieron relacionadas significativamente e independientemente con sintomatología de ansiedad fueron la discapacidad funcional, el dolor y el menor grado de instrucción. Nuestro estudio apoya la idea de que las medidas terapéuticas en las pacientes con AR no sólo deben estar centradas en la enfermedad inflamatoria de fondo, sino que también se debe brindar importancia a la esfera psiquiátrica, haciendo énfasis en la ansiedad y en los factores relacionados a ésta, con el fin de reconocer a las pacientes en riesgo y mejorar su calidad de vida.

Correspondencia:

Yumiko Fudino-Villar.
Laureano Martínez 285, San Miguel, Lima, Perú.
E-mail: sandra_f504@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botequio L, Barros M, Dalgalarondo P. Depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010; 32:257-63.
2. Acevedo-Vásquez E. Algunos aspectos de la artritis reumatoide en Perú. *Rev Soc Peru Med Interna.* 2012; 25:31-7.
3. Morrow K, Parker J, Russell J. Clinical implications of depression in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 1994; 7:58-63.
4. Pastor J, Morales M, Llopis A, Ferriol V. Prevalencia y grado de depresión en los pacientes con artritis reumatoidea. *Med Clin Barc.* 1998; 111:361-6.
5. Covic T, Cumming S, Pallant J, Manolios N, Emery P, Conaghan P, 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; 12:6-15.
6. Lozano-Vargas A, Vega-Dienstmaier J. Evaluación psicométrica y desarrollo de una versión reducida de una nueva escala de ansiedad en una muestra hospitalaria de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2013; 30:212-9.
7. Chandarana PC, Eals M, Steingart AB, Bellamy N, Allen S. The detection of psychiatric morbidity and associated factors in patients with rheumatoid arthritis. *Can J Psychiatry.* 1987; 32: 356-61.
8. Isik A, Serdar S, Ozturk A, Mermi O. Anxiety and

- depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2007; 26:872-8.
9. Marrs JA. Stress, fears and phobias: The impact of anxiety. *Clin J Oncol Nurs.* 2006; 10:319-22.
 10. Lobo A, Campos R. Factores etiopatogénicos de trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: Editorial EMISA; 1997. p. 41-76.
 11. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 2001; 158:1568-78.
 12. Allgulander C. Generalized anxiety disorder: What are we missing? *Eur Neuropsychopharmacol.* 2006; 16:101-08.
 13. Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM, Crits P. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *J Consult Clin Psychol.* 1999; 67:320-31.
 14. Smedstad LM, Mount T, Vaglum P. The impact of early rheumatoid arthritis on psychological distress. *Scand J Rheumatol.* 1996; 25:377-82.
 15. Smith B, Zautra A. The effects of anxiety and depression on weekly pain in women with arthritis. *Pain.* 2008; 138:354-61.
 16. Bayat N, Alishiri GH, Salimzadeh A, Izadi Morteza I, Saleh DK, Lankarani MM, et al. Symptoms of anxiety and depression: A comparison among patients with different chronic conditions. *J Res Med Sci.* 2011; 16:1441-7.
 17. Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, Dahi AA, Tell GS, Tambs K. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med.* 2008; 66:1334-45.
 18. Martinho V, Egidio A, Cardoso A. Sexual dysfunction, depression, and anxiety in young women according to relationship status: an online survey. *Trends Psychiatry Psychother.* 2013; 35:55-61.
 19. Chico A, Carballar L, Estévez M, Regina C, Pernas A. Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide. *Rev Cubana Med.* 2012; 51:48-60.
 20. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis.* 2010; 69:1580-8.
 21. Lujan W, Ramirez E, Berrocal A, Calvo A. Factores de riesgo asociados a depresión mayor en pacientes con artritis reumatoide. *Rev Peru Reumatol.* 2003; 9:35-53.
 22. Alarcón CS, Calvo F, Soto G. Adaptación y validación del cuestionario de evaluación de salud modificado (M-HAQ) en pacientes peruanos con artritis reumatoide. *Rev Peru Reumatol.* 1996; 2 Supl 1:40.
 23. Hashimoto A, Sato H, Nishibayahi Y, Shiino Y, Kutsuna T, Ishihara Y, et al. A multicenter cross-sectional study on the health related quality of life of patients with rheumatoid arthritis using a revised Japanese version of the Arthritis Impact Measurement Scales version 2 (AIMS 2), focusing on the medical care cost and their associative factors. *Ryumachi.* 2002; 42:23-39.
 24. Olmedilla A, Ortega E, Madrid J. Variables sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: un estudio correlacional. *Rev Int Med Cienc Act Fis Deporte.* 2008; 8:224-43.
 25. Hawro T, Krupinska M, Rabe J, Sysa A, Robak E, Bogaczewicz J, et al. Psychiatric disorders in patients with systemic lupus erythematosus: association of anxiety disorder with shorter disease duration. *Rheumatol Int.* 2011; 31:1387-91.
 26. Alarcón G. Criterios de remisión de la artritis reumatoide. *Rev Esp Reumatol.* 1988; 3:75-7.
 27. Ruddy S. Extra-articular complications of rheumatoid arthritis. In: Kelly WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB, editors. *Textbook of Rheumatology.* 6 ed. Philadelphia: Saunders Company; 2001. p. 988-93.

Recibido: 07/03/2015

Aceptado: 15/04/2015