

Original

Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en pacientes con artritis psoriásica en consultas de reumatología

Mercedes Freire^a, Jesús Rodríguez^b, Ingrid Möller^c, Antonio Valcárcel^d, Carmelo Tornero^e, Gemma Díaz^f, Yolanda Armendáriz^{g,*} y Silvia Paredes^h

^a Hospital Juan Canalejo, A Coruña, España

^b Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España

^c Instituto POAL, Barcelona, España

^d Hospital Nuestra Señora del Rossell, Cartagena, Murcia, España

^e Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

^f Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^g Departamento médico Wyeth, Madrid, España

^h Hospital Sant Joan de Reus, Tarragona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de diciembre de 2009

Aceptado el 1 de marzo de 2010

On-line el 15 junio 2010

Palabras clave:

Artritis psoriásica
Ansiedad
Depresión
Prevalencia

R E S U M E N

Fundamento y objetivo: Las alteraciones psicológicas son frecuentes entre pacientes con enfermedades reumáticas. El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con artritis psoriásica que acuden a consultas de reumatología.

Pacientes y método: Estudio transversal multicéntrico en consultas de reumatología. Se seleccionaron pacientes con artritis psoriásica; se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y centradas en el paciente (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión o HADs, cuestionario EQ-5D, etc.).

Se calculó la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en esta población según una puntuación ≥ 11 en HADs o estar recibiendo tratamiento farmacológico. Se utilizó un modelo de regresión logística para conocer las variables relacionadas con la presencia de síntomas de ansiedad o depresión.

Resultados: Se incluyeron 495 pacientes, 42,8% mujeres y edad media (DE) de 50,4 (12,7) años.

La prevalencia de síntomas de ansiedad fue 29,7% y 17,6% de depresión. Los pacientes con síntomas de ansiedad o depresión presentaron mayor afectación en todas las dimensiones del EQ-5D ($p < 0,01$).

La mayor prevalencia en la población de estudio de ansiedad se relacionó con ser mujeres, patrón de debut mixto respecto al periférico y en tratamiento con FAME en monoterapia respecto a FAME+AINES o biológico en monoterapia. La mayor prevalencia de depresión se relacionó con ser mujeres y patrón de debut mixto respecto al periférico.

Conclusión: La prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión es elevada en pacientes con artritis psoriásica en la población de este estudio.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with psoriatic arthritis attending rheumatology clinics

A B S T R A C T

Fundamental and Objective: Psychological impairment is frequent in patients with rheumatic diseases. The aim of the study was to assess the prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with psoriatic arthritis attending rheumatology clinics.

Patients and method: Multicentre cross-sectional study conducted in rheumatology clinics. Patients with psoriatic arthritis were recruited; variables retrieved were sociodemographic, clinical and patient centered (Hospital Anxiety and Depression scale o HADs, EQ-5D questionnaire, etc.).

Prevalence in the study population was calculated as anxiety or depression symptoms by an HADs score ≥ 11 or those receiving pharmacological treatment. A logistics regression model was used to know which variables were related to symptoms of anxiety or depression.

Keywords:

Psoriatic Arthritis
Anxiety
Depression
Prevalence

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: armendy@wyeth.com (Y. Armendáriz).

Results: A total of 495 patients were included, 42.8% were women and median (SD) age was 50.4 (12.7) years.

Prevalence of symptoms of anxiety were 29.7% and prevalence of symptoms of depression was 17.6%. Patients with anxiety or depression symptoms had all EQ-5D dimensions affected ($p < 0.01$).

Higher prevalence of anxiety was related to being a woman, a mixed onset pattern with respect to peripheral joints and those treated with DMARD alone with respect to DMARD+NSAID or biologic alone. A higher depression prevalence was related to being a woman and a mixed onset pattern with respect to peripheral joints.

Conclusion: The prevalence of anxiety symptoms and the prevalence of depression symptoms are high among patients suffering psoriatic arthritis in the studied population.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las enfermedades reumatológicas tales como la artritis reumatoide (AR), la espondilitis anquilosante o la artritis psoriásica, cursan con dolor crónico e incapacidad. Los pacientes con estas enfermedades pueden sufrir alteraciones psicológicas por la incapacidad que causan¹. De hecho los trastornos psicológicos como la ansiedad o la depresión son comunes entre los pacientes que sufren AR², se calcula que un 13,4% presentan diagnóstico de ansiedad y un 41,5% de depresión³. En la espondilitis anquilosante la ansiedad se presenta en un 25% de los pacientes y la depresión en el 15–30%^{2,4}.

Los pacientes con artritis psoriásica presentan una valoración general de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) parecida a los pacientes que sufren de AR, aunque se observa que los primeros tienen una mayor limitación en su vida diaria debido a problemas emocionales y una mayor percepción de dolor medido a través de una Escala Visual Analógica (EVA)⁵. Además, los pacientes con psoriasis o artritis psoriásica presentan otras alteraciones en la CVRS, especialmente en el área psicosocial, padeciendo con frecuencia sentimientos de vergüenza, impotencia y depresión⁶.

No se han localizado estudios realizados en España que exploren la asociación de síntomas psicológicos tales como la ansiedad o la depresión en pacientes con artritis psoriásica. El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con artritis psoriásica que acuden a consultas de reumatología en España.

Pacientes y método

Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico que se llevó a cabo en 75 centros hospitalarios de España entre mayo de 2008 y enero de 2009. Participaron un total de 80 médicos especialistas en reumatología.

Cada investigador incluyó de forma consecutiva a aquellos pacientes mayores de edad que acudían a la consulta de reumatología y que hubieran sido diagnosticados de artritis psoriásica por un reumatólogo. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes para su participación. El estudio fue aprobado por un Comité Ético de Investigación Clínica de referencia.

Durante la única visita del estudio y mediante la consulta de la historia clínica se recogieron variables sociodemográficas (edad, género, nivel de estudios, situación laboral y hábitat), clínicas (presencia de enfermedades crónicas concomitantes, historia de la artritis psoriásica, actividad de la artritis psoriásica y su tratamiento) y centradas en el paciente (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (*Hospital Anxiety and Depression scale* o HADs)⁷, Índice de Bienestar Psicológico (IBP)⁸, cuestionario EQ-5D⁹, evaluación de la capacidad funcional mediante el *Health Assessment Questionnaire* (HAQ)^{10,11} o el *Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index* (BASFI)¹² según si el patrón de afectación articular predominante era periférico o axial o ambos si el patrón era mixto).

Para conocer la actividad de la artritis psoriásica se recogieron los últimos valores disponibles del índice DAS-28¹³ (en pacientes

con un patrón de afectación articular periférico o mixto) y/o el índice BASDAI¹⁴ (en pacientes con un patrón de afectación articular axial o mixto) y la puntuación de una EVA del dolor. El índice DAS-28 es un índice de actividad de la artritis basado en las articulaciones inflamadas y las dolorosas, calculado sobre 28 articulaciones; mientras que el índice BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index*) es un índice combinado que valora la actividad de la artritis a partir de la fatiga, el dolor axial, la afectación articular periférica, la entesopatía y la rigidez matutina.

En lo que se refiere a las escalas centradas en el paciente, la escala HADs se utiliza como instrumento de *screening* para detectar pacientes con trastorno de ansiedad y depresión en el marco hospitalario no psiquiátrico; consta de dos subescalas HADs-A para la ansiedad y HADs-D para la depresión, cada subescala oscila entre 0–21 puntos; puntuaciones ≥ 11 indican presencia de trastorno ansioso o depresivo, entre 8–10 puntos significa presencia dudosa, ≤ 7 indican la no presencia de trastorno. El IBP evalúa subjetivamente el bienestar o malestar; en seis dimensiones: ansiedad, depresión, autocontrol, sentimiento de bienestar, vitalidad y salud general; las puntuaciones oscilan entre 22–132 puntos, indicando malestar severo entre 22–82 puntos, malestar moderado entre 83–94 y bienestar entre 95–132 puntos. El cuestionario de CVRS EQ-5D se compone de dos partes, un sistema descriptivo y una EVA; el primero mide la salud en cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, cada una con tres grados de gravedad («no hay problemas», «algunos problemas de carácter moderado», «problemas severos»); la EVA evalúa el estado de salud general entre 0 (el peor estado de salud imaginable) y 100 (el mejor estado de salud imaginable). En cuanto al cuestionario HAQ, este evalúa el impacto de la enfermedad en la capacidad funcional del paciente; consta de 20 ítems en 8 dimensiones: vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar, higiene personal, alcanzar objetos, presión y otras actividades: cada pregunta con cuatro categorías de respuesta en una escala Likert de 0 («sin dificultad») a 3 («incapacidad de hacerlo»); además contiene una EVA para que el paciente indique la intensidad del dolor; la puntuación global del cuestionario oscila entre 0 (capacidad funcional normal) y 3 (máxima incapacidad), mientras que la EVA se mide en milímetros. Finalmente también se utilizó el BASFI, cuestionario que evalúa la capacidad funcional del paciente con espondilitis anquilosante, consta de 10 preguntas acerca del grado de dificultad que le supone la realización de diferentes actividades básicas; se evalúa mediante una EVA, que oscila desde «ninguna dificultad o fácil» hasta «imposible»; la puntuación final resulta de la suma de cada una de las medidas de los 10 ítems dividido entre 10.

Los pacientes debían responder a los cuestionarios durante la visita del estudio.

Análisis estadístico

Para presentar las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra del estudio se realizó un análisis descriptivo. Describiendo

las variables continuas mediante la media y la desviación estándar (DE), mientras que las variables categóricas se resumieron mediante el recuento de casos y la frecuencia por cada categoría de respuestas.

La prevalencia de ansiedad y depresión se presentan a partir de tres criterios: según la puntuación de las correspondientes subescalas del cuestionario HADs, según el tratamiento que están recibiendo para la ansiedad/depresión registrado en la historia clínica y según ambos criterios. Este último criterio, la puntuación en el HADs ≥ 11 o estar recibiendo tratamiento farmacológico, es el utilizado para estratificar la muestra del estudio, presentando los resultados para el total de la muestra y para los subgrupos de pacientes con/sin presencia de síntomas de ansiedad y con/sin presencia de síntomas de depresión.

La CVRS de los pacientes con artritis psoriásica se describe mediante la puntuación del IBP en global y para cada dimensión. Del sistema descriptivo del EQ-5D se presenta el porcentaje de pacientes con problemas en cada una de las dimensiones y la EVA mediante la media y el IC95%. Se describe la puntuación global del cuestionario HAQ y en cada una de las dimensiones y para el BASFI se describe la puntuación global.

Para realizar las comparaciones entre grupos se utilizó la prueba U de Mann-Whitney en el caso de las variables continuas y la Ji-cuadrado en el de las categóricas.

Además se utilizó un modelo de regresión logística para conocer aquellas variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes que podían estar relacionadas con la presencia de síntomas de ansiedad o depresión (según la puntuación en el HADs ≥ 11 o estar recibiendo tratamiento farmacológico).

En todos los casos se consideró un nivel de significación estadística α de 0,05. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows®.

Resultados

Características sociodemográficas y clínicas

Un total de 495 pacientes con artritis psoriásica fueron incluidos en el estudio. La edad media (DE) fue de 50,4 (12,7) años, un 42,8% fueron mujeres, 5,5% no tenían estudios, un 38,8% habitaban en un ámbito urbano y un 28,3% en un ámbito metropolitano. En la tabla 1 se pueden observar las características sociodemográficas de los pacientes.

En el momento de la visita del estudio el 95,6% de los pacientes presentaban también un diagnóstico de psoriasis y había transcurrido una media (DE) de 7,7 (6,8) años desde el diagnóstico de la artritis psoriásica. En lo que se refiere al patrón de debut de la artritis psoriásica, en el 70,5% de los pacientes fue periférico, en el 5,5% fue axial y en el 24% fue mixto (tabla 1).

El 54,1% de los pacientes presentaban enfermedades crónicas asociadas a la artritis psoriásica, las enfermedades crónicas más frecuentes fueron las endocrinas, metabólicas o de la nutrición, en un 39,9%, destacando la hipercolesterolemia y la diabetes mellitus, cada una de ellas presentada por un 11,9% de los pacientes con enfermedades concomitantes.

El índice DAS-28 presentó una media (DE) de 3,0 (1,3) puntos, que indicaba una baja actividad de la artritis psoriásica. El índice BASDAI medio (DE) fue de 7,4 (11,3) puntos (tabla 2), indicando que el control de la enfermedad era subóptimo en los pacientes con patrón de debut de la artritis psoriásica axial o mixto. La EVA de dolor presentó una puntuación media (DE) de 33,4 (23,2).

Hasta un 97,8% de los pacientes incluidos en el estudio seguía un tratamiento específico para la artritis psoriásica, el 67,1% con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) y el 46,9% con biológicos; por principios activos el más frecuente fue

Tabla 1

Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes del estudio

	Total	
	Media	DE
Edad (años)	50,4	12,7
Sexo	n	%
Hombre	283	57,2
Mujer	212	42,8
Nivel de estudios		
No sabe leer ni escribir	2	0,4
Sin Estudios	27	5,5
Estudios primarios	234	47,3
Estudios secundarios	161	32,5
Estudios universitarios	69	13,9
ND	2	0,4
Situación laboral		
En activo	257	51,9
Activo con baja temporal	28	5,7
Baja laboral permanente	31	6,3
En paro	20	4,0
Jubilado/a	84	17,0
Ama de casa	75	15,2
Hábitat		
Rural (<10.000 hab)	73	14,7
Semiurbano (>10.000-<30.000 hab)	90	18,2
Urbano (>30.000-<200.000 hab)	192	38,8
Metropolitano (>200.000 hab)	140	28,3
Patrón de debut de la artritis		
Axial	27	5,5
Periférico	349	70,5
Mixto	119	24,0
N válida	495	

ND: No disponible.

el metotrexato (52,9%) seguido del etanercept (26,0%). Por pautas de tratamiento observamos que el 18,8% de los pacientes recibían monoterapia con FAME, el 17,4% monoterapia con biológicos, el 16,3% la combinación de FAME con AINE y el 13,8% la combinación de FAME con biológicos (tabla 3).

Los 495 pacientes incluidos en el estudio se estratificaron según una puntuación ≥ 11 en el HADs o estar recibiendo tratamiento farmacológico por trastornos psicológicos en 2 grupos: 147 (29,7%) pacientes en el grupo de síntomas de ansiedad y 87 (17,6%) en el grupo de síntomas de depresión; destacando que 71 pacientes (14,3%) presentaban ambas y 332 (67,1%) no presentaban ni síntomas de ansiedad ni síntomas de depresión.

La puntuación media (DE) del HADs-A de los pacientes del estudio fue de 7,63 (4,25) puntos, con una mediana de 7,00 puntos. La prevalencia de los síntomas de ansiedad según la puntuación del HADs fue del 26,1% (IC95%: 22,0%; 30,0%) de los pacientes incluidos.

La puntuación media (DE) del HADs-D de los pacientes del estudio fue de 5,49 (4,00) puntos, con una mediana de 5,00 puntos. El 11,7% (IC95%: 8,9%; 14,5%) de los pacientes presentaban síntomas de depresión según la puntuación del HADs.

En lo que se refiere al tratamiento farmacológico para los trastornos afectivos, un 8,3% de los pacientes del estudio estaban recibiendo tratamiento para la ansiedad y un 8,9% para la depresión.

Al definir ansiedad y depresión como la presencia del trastorno según una puntuación ≥ 11 puntos en la escala HADs, o por el hecho de que el paciente estuviera siguiendo tratamiento farmacológico prescrito con motivo de dicho trastorno, la prevalencia de ansiedad se estimó en el 29,7% (IC95%: 25,7%; 33,7%) y la prevalencia de depresión en el 17,6% (IC95%: 14,2%; 21,0%) (fig. 1).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el porcentaje de mujeres que no presentaban síntomas de ansiedad o depresión respecto a los que sí las presentaban [36,2% vs 58,5% para los síntomas de ansiedad ($p < 0,01$) y 40,0% vs 56,3% para los

Tabla 2

Actividad de la artritis psoriásica: puntuaciones de DAS-28, BASDAI, EVA del dolor en global y por grupos de síntomas de ansiedad y de depresión

	Ansiedad*				p	Depresión*				p	Total	
	No presencia		Ansiedad			No presencia		Depresión			Media	DE
	Media	DE	Media	DE		Media	DE	Media	DE			
Índice DAS-28 (N=314)	2,9	1,3	3,2	1,3	<0,05	2,9	1,3	3,3	1,3	ns	3,0	1,3
Índice BASDAI (N=41)	6,1	10,8	9,2	12,1	ns	7,4	11,5	7,1	11,1	ns	7,4	11,3
Puntuación EVA de dolor (N=321)	30,0	22,7	40,9	22,6	<0,01	31,3	22,9	43,4	21,8	<0,01	33,4	23,2

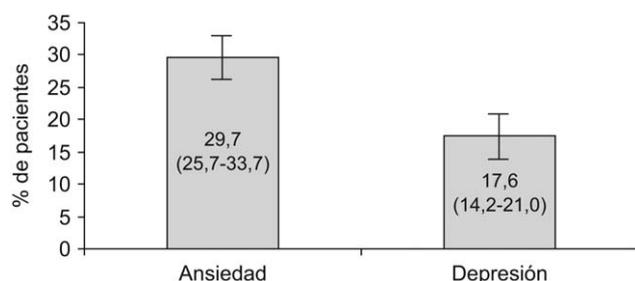
ns: No significativo.

* Puntuación HADS ≥ 11 o estar recibiendo tratamiento farmacológico.**Tabla 3**

Principales pautas de tratamiento para la artritis psoriásica recibidos por los pacientes en global y por grupos de síntomas de ansiedad y de depresión

	Ansiedad*				p	Depresión*				p	Total	
	No presencia		Ansiedad			No presencia		Depresión			n	%
	n	%	n	%		n	%	n	%			
FAME	57	62,6	34	37,4	ns	72	79,1	19	20,9	ns	91	18,8
Biológicos	67	79,8	17	20,2	<0,05	71	84,5	13	15,5	ns	84	17,4
FAME+AINE	63	79,7	16	20,3	ns	66	83,5	13	16,5	ns	79	16,3
FAME+biológicos	49	73,1	18	26,9	<0,05	57	85,1	10	14,9	ns	67	13,8

FAME: Fármacos antireumáticos modificadores de la enfermedad; ns: No significativo.

* Puntuación HADS ≥ 11 o estar recibiendo tratamiento farmacológico.**Figura 1.** Prevalencia (IC 95%) de síntomas de ansiedad y de depresión según la escala HADS y tratamiento farmacológico de los pacientes con artritis psoriásica.

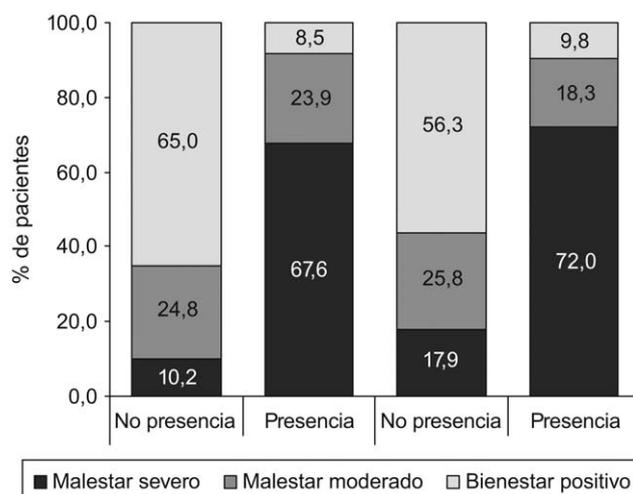
síntomas de depresión ($p < 0,01$) y de pacientes sin estudios [4,0% vs 8,8% para la presencia de síntomas de ansiedad ($p < 0,05$) y 3,7% vs 13,8% para la presencia de síntomas de depresión ($p < 0,01$)]. La presencia de enfermedades crónicas fue más frecuente entre los pacientes con síntomas de ansiedad o depresión respecto a los que no presentaban el trastorno [64,6% vs 49,7% para los síntomas de ansiedad ($p < 0,01$) y 79,3% vs 48,8% para los síntomas de depresión ($p < 0,01$)].

El índice DAS-28 y la puntuación de la EVA de dolor presentaron valores medios más altos entre los pacientes con síntomas de ansiedad respecto a los que no la sufrían ($p < 0,05$ y $p < 0,01$, respectivamente) (tabla 2).

Es de destacar que entre los pacientes tratados con biológicos, en monoterapia o combinados con FAME, se observó una menor prevalencia de síntomas de ansiedad respecto a los pacientes tratados con otros fármacos o combinaciones ($p < 0,05$) (tabla 3).

Afectación de la artritis psoriásica en la vida diaria

La puntuación global media (DE) del IBP fue de 93,2 (18,8) puntos (22 puntos representan mucho malestar y 132 mucho bienestar psicológico), observándose un mayor malestar psicológico entre los pacientes con presencia de síntomas de ansiedad [74,9 (15,1)] o depresión [71,0 (17,1)] respecto a los que no los pre-

**Figura 2.** Grupo de bienestar psicológico según el IBP (malestar severo, malestar moderado y bienestar positivo) de los pacientes con artritis psoriásica según presencia o no presencia de síntomas de cada trastorno.

sentan [100,8 (14,5) y 97,8 (15,7), respectivamente] ($p < 0,01$ para ambos). Además, un mayor porcentaje de pacientes con síntomas de ansiedad o depresión (67,6% y 72,0%, respectivamente) mostraban malestar severo (puntuación entre 22-82) respecto a los que no presentaban dichos trastornos (10,2% y 17,9%, respectivamente) ($p < 0,01$ para ambos) (fig. 2).

Según las puntuaciones obtenidas del cuestionario EQ-5D, más del 70% de los pacientes declararon presentar algunos problemas en la dimensión de dolor/malestar (fig. 3). Entre los pacientes con síntomas de ansiedad o depresión se observa una mayor afectación en las cinco dimensiones del cuestionario ($p < 0,01$ para todos los casos). La puntuación media (DE) de la EVA del EQ-5D fue de 64,7 (19,9) puntos con una mediana de 68,0 puntos (IC95%: 62,9; 66,5); para los pacientes con síntomas de ansiedad la puntuación media (DE) fue de 56,6 (19,3) y para los síntomas de depresión fue

de 52,8 (20,4) en ambos casos inferior respecto a aquellos pacientes que no presentaban estos trastornos [68,1 (19,1) y 67,2 (18,8), respectivamente] ($p < 0,01$ para ambos), indicando un peor estado de salud.

Los pacientes con patrón de debut de la artritis psoriásica periférico o mixto presentaron una puntuación global media (DE) en el HAQ de 0,67 (0,64); destacando que en todas sus dimensiones las puntuaciones fueron mayores en pacientes con síntomas de ansiedad o depresión que en pacientes sin estos trastornos ($p < 0,01$ en todos los casos), indicando una mayor incapacidad (tabla 4).

En lo que se refiere al BASFI, la puntuación media (DE) de los pacientes fue de 4,2 (2,5) puntos; las puntuaciones fueron mayores en los pacientes con síntomas ansiedad o depresión ($p < 0,01$ para ambos), indicando una mayor incapacidad para realizar actividades básicas (tabla 4).

A partir del modelo de regresión logística para evaluar los factores asociados a la presencia de síntomas de ansiedad, se observó que las mujeres (OR=2,92), los pacientes con estudios

secundarios (OR=2,15) y los pacientes en paro (OR=3,82) son significativamente más propensos a presentar estos síntomas que los hombres, los pacientes con estudios universitarios o los pacientes en activo, respectivamente. También se observó que los pacientes con debut periférico (OR=0,52) o antecedentes familiares (OR=0,62) muestran una menor prevalencia que aquellos con debut mixto o sin antecedentes. En cuanto al tratamiento, los pacientes tratados con FAMES+AINEs (OR=0,39) o con biológicos en monoterapia (OR=0,44) presentaron de manera significativa una menor presencia de síntomas que los pacientes en monoterapia con FAMES. Al evaluar los factores asociados a la presencia de síntomas de depresión a partir de un segundo modelo de regresión, se observó que las mujeres (OR=2,25), los pacientes sin estudios (OR=10,09) o con estudios secundarios (OR=4,63) y los pacientes con baja laboral temporal (OR=3,10) o permanente (OR=5,55) son significativamente más propensos a presentar síntomas depresivos que los hombres, los pacientes con estudios universitarios o los pacientes en activo, respectivamente. Al igual que en la prevalencia de

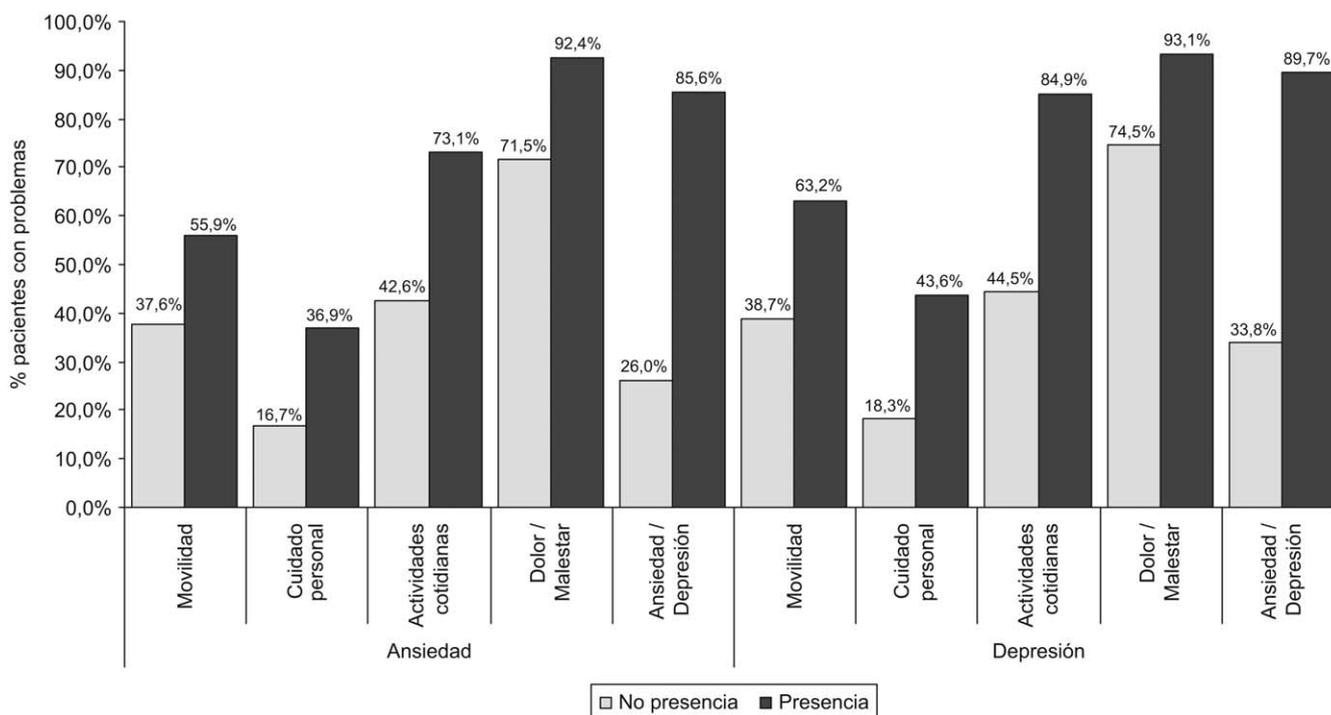


Figura 3. Pacientes con artritis psoriásica que indicaron problemas para cada una de las dimensiones del cuestionario de CVRS EQ-5D según presencia o no presencia de síntomas de cada trastorno.

Tabla 4
Puntuación en los índices de capacidad funcional: HAQ global y por dimensiones y BASFI

	Ansiedad*				P	Depresión*				P	Total	
	No presencia		Ansiedad			No presencia		Depresión			Media	DE
	Media	DE	Media	DE		Media	DE	Media	DE			
HAQ global (0-3)	0,54	0,59	0,97	0,65	<0,01	0,58	0,59	1,07	0,70	<0,01	0,67	0,64
a) Vestirse y asearse	0,40	0,69	0,82	0,79	<0,01	0,45	0,70	0,89	0,82	<0,01	0,53	0,74
b) Levantarse	0,45	0,69	0,92	0,81	<0,01	0,52	0,72	0,94	0,82	<0,01	0,59	0,75
c) Comer	0,52	0,79	0,89	0,88	<0,01	0,54	0,77	1,06	0,98	<0,01	0,63	0,83
d) Caminar/pasear	0,47	0,69	0,79	0,79	<0,01	0,50	0,70	0,85	0,82	<0,01	0,56	0,74
e) Higiene personal	0,41	0,67	0,85	0,82	<0,01	0,46	0,70	0,90	0,85	<0,01	0,54	0,75
f) Alcanzar	0,68	0,80	1,20	0,83	<0,01	0,74	0,81	1,25	0,86	<0,01	0,83	0,84
g) Prensa	0,68	0,89	1,06	0,95	<0,01	0,71	0,89	1,19	0,99	<0,01	0,79	0,93
h) Otras actividades	0,70	0,84	1,25	0,86	<0,01	0,73	0,84	1,46	0,82	<0,01	0,86	0,88
N válida	N=317	N=133	N=369	N=81		N=450						
BASFI (1-10)	3,4	2,2	5,5	2,5	<0,01	3,8	2,4	5,5	2,5	<0,01	4,2	2,5
N válida	N=86	N=47	N=103	N=30		N=133						

* Puntuación HADS ≥ 11 o estar recibiendo tratamiento farmacológico.

síntomas depresivos, también se observó que los pacientes con debut periférico (OR=0,49) muestran una menor prevalencia que aquellos con debut mixto. La presencia de enfermedades concomitantes (OR=3,98) también mostró una mayor predisposición a presentar síntomas de depresión.

Discusión

El estudio mostró que la prevalencia de pacientes con síntomas ansiedad en la población con artritis psoriásica que acudió a consultas de reumatología era del 29,7% y el 17,6% con síntomas de depresión, mostrando un porcentaje superior para ambos trastornos respecto a la población general española, que se estima del 9,4% para la ansiedad y del 11,5% para la depresión¹⁵. La artritis psoriásica supone una mayor prevalencia de los trastornos afectivos entre los pacientes que la sufren, destacando el gran aumento en la prevalencia de síntomas de ansiedad entre los pacientes de nuestro estudio, situándose 20 puntos porcentuales por encima de la población general, lo que sugiere el enorme impacto que tiene la artritis psoriásica en la vida psicoafectiva de los pacientes.

La prevalencia de pacientes con síntomas de depresión entre los pacientes con artritis psoriásica en este estudio fue del 17,6%, porcentaje sensiblemente inferior al 30% hallado en un estudio realizado en Italia¹⁶; las diferencias entre ambos estudios podrían explicarse por la forma en que se recogieron los datos y la definición de depresión utilizada en cada uno de ellos. En nuestro estudio se consideró que un paciente tenía síntomas de depresión cuando en su historia clínica constaba que estaba diagnosticado o bien que estaba tomando medicación para ella, mientras que en el estudio italiano se preguntó directamente al paciente si sufría depresión mediante un cuestionario no validado. La afectación psicológica de los pacientes con AP, son previsible si también se tiene en cuenta la afectación psicológica de una gran parte de los pacientes diagnosticados de psoriasis. Es conocido que los pacientes con psoriasis sufren de trastornos psicológicos como la depresión a causa de su enfermedad con una elevada frecuencia¹⁷, y presentando trastornos mentales con mayor frecuencia que pacientes con otras enfermedades crónicas de la piel como la dermatitis atópica¹⁸, habiéndose demostrado en varios estudios la asociación entre psoriasis y depresión^{19,20}.

Un exhaustivo estudio realizado con pacientes con espondilitis anquilosante mostró que también estos sufren importantes alteraciones en el ámbito psicoafectivo, hallando una prevalencia del 23% tanto para la ansiedad como para la depresión²¹. La comparación de estos datos con los datos hallados en nuestro estudio (29,7% para la ansiedad y 17,6% para la depresión) sugiere que la artritis psoriásica causa más trastornos por ansiedad entre los pacientes que la sufren, mientras que la espondilitis anquilosante causa una mayor alteración del estado de ánimo.

Recientemente se han publicado los resultados de un estudio en el que se destaca la menor frecuencia de trastorno por ansiedad o depresión entre pacientes en tratamiento con biológicos en pacientes con AR²², sugiriendo que los fármacos biológicos podrían ejercer un efecto beneficioso en el estado emocional de estos pacientes. Los resultados del presente estudio también muestran una menor prevalencia de síntomas de ansiedad en pacientes que acudieron a consultas de reumatología tratados con biológicos, aunque sería interesante que se realizaran más investigaciones que estudiaran la relación entre el uso de biológicos y la presencia de alteraciones psicoafectivas.

Los pacientes con artritis psoriásica y síntomas de ansiedad o depresión mostraron una mayor afectación en las 5 dimensiones del cuestionario EQ-5D (menor puntuación) y también una menor puntuación en la EVA incluida en el mismo cuestionario, es decir, los pacientes con trastornos de ansiedad o depresión en artritis psoriásica

tienen un peor estado de salud que los pacientes con artritis psoriásica sin dichos trastornos. Ya era conocido que la carga emocional de los problemas físicos que se asocian tanto a la psoriasis como a la artritis psoriásica afectan a la esfera psicosocial, representando un problema significativo a más del 60% de los pacientes que las sufren⁶. Además, Sampogna et al²³ observaron que la CVRS de los pacientes con psoriasis se ve más afectada cuando la psoriasis se presenta con afectación palmoplantar, pustular o bien como artritis psoriásica, afectando a todas las dimensiones de la CVRS referidas en el cuestionario genérico SF-36. Los resultados del estudio apoyan los datos obtenidos con anterioridad referentes al impacto en la CVRS de los pacientes con psoriasis y artritis psoriásica.

La afectación de la CVRS, especialmente en el ámbito psicosocial también se había observado en otras espondiloartropatías, como la espondilitis anquilosante²⁴, la osteoartritis²⁵ o la AR⁵ e incluso se había demostrado que los pacientes con psoriasis tienen peor valoración de su CVRS que pacientes con otras enfermedades crónicas tales como el fallo cardíaco congestivo o la enfermedad pulmonar crónica²⁶. La mayor afectación de la CVRS de los pacientes con espondiloartropatías incluyendo la artritis psoriásica puede explicarse por el dolor y la discapacidad que suponen para el paciente éstas enfermedades respecto a otras igualmente crónicas. De hecho, se ha observado que la AR causa un mayor grado de discapacidad al paciente, aunque el dolor no es significativamente diferente del que presentan los pacientes con artritis psoriásica⁵. Por lo que parece lógico pensar que el dolor crónico que sufren los pacientes puede tener relación con los trastornos de ansiedad y depresión.

Cabe puntualizar que si bien se observaron diferencias estadísticamente significativas en la actividad de la artritis psoriásica según el índice DAS-28, en los pacientes con trastornos de ansiedad respecto a los que no presentaban estos trastornos, las diferencias en las puntuaciones eran mínimas por lo que se considera que éstas diferencias estadísticas, por el contrario, no tienen relevancia clínica.

Una limitación del estudio es su propio diseño, tratándose de estudio transversal con recogida de datos retrospectivos. Además, se pudo producir un sesgo de información al no realizarse un diagnóstico clínico de ansiedad y depresión por un psiquiatra o psicólogo en el momento de la visita del estudio, aunque se minimizó su efecto al valorar los trastornos de ansiedad y depresión mediante el uso de un cuestionario estandarizado específico, el HADs, validado para la población española y ampliamente utilizado²⁷⁻²⁹. También se recogió si el paciente estaba diagnosticado o tomaba medicación para la ansiedad y la depresión antes de iniciar el estudio, aunque tampoco el hecho de estar siguiendo un tratamiento con ansiolíticos o antidepresivos puede considerarse como diagnóstico de ninguno de estos trastornos. Por otro lado, es difícil determinar en qué medida contribuye la afectación cutánea de la psoriasis en el resultado de los cuestionarios.

Conclusiones

La prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión es elevada en pacientes con artritis psoriásica en la población de este estudio. En la población incluida en el estudio, por tipo de estrategia terapéutica, los pacientes en tratamiento con biológicos presentan una menor prevalencia de síntomas de ansiedad. Este estudio aporta información importante sobre la afectación psicoafectiva de los pacientes con artritis psoriásica en el ámbito de las consultas de reumatología en España en una amplia población de pacientes aunque harían falta más estudios prospectivos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

El promotor del estudio, Wyeth Farma, junto con los autores del manuscrito desean agradecer la participación de los investigadores en el estudio ADAS, así como el soporte técnico y logístico realizado por IMS Health®.

Bibliografía

- Basler HD. Group treatment for pain and discomfort. *Patient Educ Couns*. 1993;20:167–75.
- Barlow JH, Macey SJ, Struthers GR. Gender, depression and ankylosing spondylitis. *Arthritis Care Res*. 1993;6:45–51.
- Isik A, Koca SS, Ozturk A, Mermi O. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2007;26:872–8.
- Martindale J, Smith J, Sutton CJ, Grennan D, Goodacre L, Goodacre JA. Disease and psychological status in ankylosing spondylitis. *Rheumatology*. 2006;45:1288–93.
- Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, Cook RJ. Health-Related Quality of Life of patients with psoriatic arthritis: a comparison with patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 2001;45:151–8.
- Mease PJ, Menter M. Quality-of-life in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54:685–704.
- Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale—a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res*. 1997;42:17–41.
- Badia X, Gutierrez F, Wiklund I, Alonso J. Validity and reliability of Spanish version of the General Well Being Index. *Quality Life Res*. 1996;5:101–8.
- Badia X, Roset M, Monserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin*. 1999;112:79–85.
- Fries JF, Spitz P, Kraines RC, Holman HR. Measurement of patient outcomes in arthritis. *Arthritis Rheum*. 1980;23:137–45.
- González V, Stewart A, Ritter P, Lorig K. Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. *Arthritis Rheum*. 1995;38:1429–46.
- Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, Navarro-Sarabia F. Physical function and health-related quality of life of Spanish patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*. 2003;49:483–7.
- Prevo ML, van 't Hof MA, Kuper HH, van Leeuwen MA, van de Putte LB, van Riel PL. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1995;38:44–8.
- Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, Navarro-Sarabia F. La versión española del BASDAI es fiable y se correlaciona con la actividad de la enfermedad en pacientes con espondilitis anquilosante. *Rev Esp Reumatol*. 2004;31:372–8.
- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al., y el Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:445–51.
- Altobelli E, Maccarone M, Petrocelli R, Marziliano C, Giannetti A, Peris K, et al. Analysis of health care and actual needs of patients with psoriasis: a survey on the Italian population. *BMC Public Health*. 2007;7:59.
- Biljan D, Laufer D, Filaković P, Situm M, Brataljenović T. Psoriasis, mental disorders and stress. *Coll Antropol*. 2009;33:889–92.
- Leibovici V, Canetti L, Yahalomi S, Cooper-Kazaz R, Bonne O, Ingber A, et al. Well being, psychopathology and coping strategies in psoriasis compared with atopic dermatitis: a controlled study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010. Epub ahead of print.
- Espósito M, Saraceno R, Giunta A, Maccarone M, Chimenti S. An Italian study on psoriasis and depression. *Dermatology*. 2006;212:123–7.
- Akay A, Pekcanlar A, Bozdogan KE, Altintas L, Karaman A. Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris in lichen planus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002;16:347–52.
- Juanola X. Factores psicológicos en la espondilitis anquilosante. Estudio de prevalencia y factores determinantes. Disponible en: <http://www.tesisenxarxa.net/TESIS.UB/AVAILABLE/TDX-0629107-122818//01.XJR.TESIS.pdf> [Consultado 22/2/2010].
- Uguz F, Akman K, Kucuksarac S, Tufekci O. Anti-tumor necrosis factor- α therapy is associated with less frequent mood and anxiety disorders in patients with rheumatoid arthritis. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;63:50–5.
- Sampogna F, Tabolli S, Soderfeldt B, Axtelius B, Aparo U, Abeni D, and the IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) investigators. Measuring quality of life of patients with different clinical types of psoriasis using the SF-36. *Br J Dermatol*. 2006;154:844–9.
- Juanola X, Pallarés C, Valverde J, Sirvent L, García Gómez C, Roig-Escofet D, et al. Ansiedad, depresión y fatiga en la espondilitis anquilosante. Estudio preliminar. *Rev Esp Reumatol*. 2002;29:161–288.
- Dieppe P, Cushnaghan J, Tucker M, Browning S, Shepstone L. The Bristol 'OA500' study: progression and impact of the disease after 8 years. *Osteoarthritis Cartilage*. 2000;8:63–8.
- Lebwohl M, Menter A, Koo J, Feldman S. Case studies in severe psoriasis: a clinical strategy. *J Dermatolog Treat*. 2003;14:26–46.
- Grau A, Comas P, Suñer R, Peláez E, Sala L, Planas M. Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. *An Med Interna*. 2007;24:212–6.
- Pascual MA, Lasheras G, Dexeus D, Rodríguez I, Farré JM, Dexeus S. Impacto en el nivel de ansiedad en mujeres sanas sometidas a ecografía ginecológica transvaginal para detectar patología ovárica: Estudio caso-control. *Med Psicosom*. 2007;83:52–7.
- Rodríguez Vega B, Ortiz Villalobos A, Palao Tarrero A, Avedillo C, Sánchez-Cabezudo A, Chinchilla C. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *Eur J Psychiat*. 2002;16:27–38.