UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**RELACIÓN ENTRE NIVELES DE DEPRESIÓN Y
CLASE FUNCIONAL EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE**

Estudio descriptivo transversal realizado en la Consulta Externa de Reumatología del Departamento de Medicina Interna del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- durante el período de agosto-septiembre de 2000.

AÍDA GUADALUPE BARRERA PÉREZ

MEDICA Y CIRUJANA

GUATEMALA, MARZO DE 2001

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	2
II.	DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	4
III.	JUSTIFICACIÓN	6
IV.	OBJETIVOS	8
V.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
	A. Artritis Reumatoide	
	1. Definición	9
	2. Etiología	9
	3. Patología y patogénesis	11
	4. Manifestaciones clínicas	12
	5. Pruebas de laboratorio	13
	6. Tratamiento	13
	B. Depresión	
	1. Definición y epidemiología	14
	2. Clasificación	15
	3. Etiopatogenia	17
	4. Clínica	19
	5. Complicaciones	20
	6. Tratamiento	22
	7. Programa de Terapia de Grupo para pacientes.....	26
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS	
	A. Metodología	35
	B. Recursos	38
VII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	39
VIII.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	43
IX.	CONCLUSIONES	47
X.	RECOMENDACIONES	48
XI.	RESUMEN	50
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
XIII.	ANEXOS	55

I. INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica, que afecta entre el 0.3 a 1.5% de la población mundial. Llega a causar deformación de las articulaciones y, como consecuencia, pérdida de la funcionalidad. Su etiología es desconocida, su curso es variable, con épocas estables y bruscas recaídas de las cuales tampoco se conoce con claridad la causa. Se han relacionado factores emocionales como desencadenantes de la enfermedad y la depresión es frecuente entre quienes padecen artritis reumatoide, sin embargo no se conoce el grado de depresión que estas personas manejan ni se les da tratamiento, a pesar de que su calidad de vida se ve seriamente afectada al padecer las dos enfermedades. (4,12,22,35)

El tratamiento de la artritis va encaminado principalmente a disminuir el dolor y la inflamación, utilizando diversos medicamentos, desde AINES hasta esteroides e inmunosupresores, pasando por tratamientos locales con calor, ejercicio graduado y fisioterapia. Sin embargo el aspecto emocional de los pacientes a menudo no es tratado pues se desconoce el grado y la frecuencia de afección en esa área. (2,24)

La depresión es una enfermedad que afecta cada vez más a la población mundial. Su aumento se ha relacionado con la mayor cantidad de situaciones estresantes que se encuentran en la vida diaria y el mal manejo del estrés que éstas producen. En 1997, 340 millones de personas sufrían depresión a nivel mundial. Además de las pérdidas laborales, económicas y de calidad de vida que la depresión provoca, la psiconeuroinmunología ha relacionado al estrés y la depresión, con la aparición o emperoramiento de múltiples enfermedades orgánicas como infarto agudo al miocardio, hipertensión arterial, enfermedades autoinmunes y cáncer, entre otras. (5,7, 6,29)

Sin embargo, y a pesar de que 15% de las personas deprimidas se suicidan y en esta cifra no se incluyen las conductas autodestructivas como alcoholismo, tabaquismo, manejar a alta velocidad o no ingerir los medicamentos indicados, la depresión, pocas veces es diagnosticada, y menos aún, tratada. En los países industrializados sólo el 43% de pacientes con depresión reciben tratamiento.(7, 9, 23, 32)

Cuando un paciente está deprimido, presenta alteraciones somáticas diversas, entre ellas, dolor y está menos dispuesto a seguir el tratamiento de su enfermedad, presentando más riesgo de recaídas. La artritis reumatoide según el grado de afectación que presentan los pacientes para realizar sus actividades diarias, se ha dividido en cuatro clases funcionales. Se asocian éstas con los niveles de depresión? Qué porcentaje de la población de pacientes con artritis necesita tratamiento farmacológico y de psicoterapia para la depresión? Porque no es suficiente administrar antidepresivos. Es necesario dar psicoterapia.(5, 6 13,16,17,21,40,46)

El presente estudio, lleva como principal objetivo establecer la relación entre los niveles de depresión y la capacidad funcional, así como determinar la prevalencia de depresión según edad y sexo de los pacientes con artritis reumatoide que son atendidos en la Consulta Externa de Reumatología del Hospital General de Enfermedad Común del IGSS durante el período de agosto-septiembre de 2000. Así mismo, elaborar un programa de terapia grupal dirigido a este grupo de pacientes. Para el efecto, se realizó un estudio descriptivo transversal, recabando los datos por medio de una boleta de recolección de información y del test de Zung, que sirve para medir niveles de depresión, actividad que se dificultó porque no todos los pacientes quisieron colaborar en el estudio.

Del 100% de participantes (N=92), 47.83% presentaron depresión. En este grupo, se detectó un 27.17% de pacientes con depresión leve, 14.13% con depresión moderada y 6.52 % con depresión severa. En relación con la capacidad funcional y el nivel de depresión, los pacientes con capacidad funcional III fueron quienes presentaron mayor incidencia de depresión (65.38%) y los pacientes con capacidad funcional I pertenecen al grupo en el cual se encontró la mayoría de pacientes sin depresión (61.11%). En relación al sexo, el predominante fue el femenino, que representa el 85.87% de la población encuestada. De este porcentaje, el 44.57% presenta depresión. Sólo 3.26 % de pacientes masculinos presentaron depresión. En relación al programa de terapia de grupo, 78.26% de los pacientes están interesados en participar. De los que no están interesados, indican el trabajo, vivir fuera de la capital y los problemas para poder movilizarse como causas de su desinterés para la participación en el grupo. Los pacientes dieron sugerencias para el grupo de terapia e indicaron que sufren recaídas de la enfermedad orgánica al vivir eventos estresantes.

Se recomienda organizar los grupos de terapia para pacientes con artritis reumatoide, con los recursos disponibles para brindar una atención integral a los pacientes. También es recomendable dar tratamiento inmediato a los pacientes con depresión, y dar educación preventiva a la población en general para prevenir el aumento de la depresión y de las enfermedades ligadas a la misma.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La artritis reumatoide, habitualmente tiene un curso, el cual si no se diagnostica y trata a tiempo, provoca deformidad, secuelas y pérdida de la función articular (que implica pérdida de independencia, problemas laborales, sexuales, familiares, económicos). Los pacientes se angustian al saber que no se van a curar lo que, frecuentemente conlleva a la presencia de depresión asociada y ésta, afecta su calidad de vida. No se conoce el grado de depresión que manifiestan, a pesar de que ésta debería ser tratada según su intensidad pues afecta la calidad de vida de los pacientes. (4,12,22,35)

La artritis reumatoide se ha dividido en cuatro clases funcionales según la capacidad de los pacientes para realizar sus actividades diarias. Están asociados con los niveles de depresión? La conexión que la psiconeuroinmunología ha establecido entre las emociones y el sistema inmunológico indica que un estado de ánimo alterado provoca reacciones somáticas también alteradas.(2,5,17,46)

La depresión es una enfermedad que afecta cada día más a la población mundial; Guatemala no es la excepción. El aumento de las situaciones estresantes es un factor directamente proporcional a la incidencia de depresión. En 1997, 340 millones de personas sufrían depresión a nivel mundial, estimando la Organización Mundial de la Salud que para el año 2020, la depresión será la patología que causará mayor pérdida de vida saludable, sólo superada por enfermedades cardiovasculares.(7)

Sin embargo, la depresión es pocas veces diagnosticada y menos aún, tratada. En los países industrializados sólo el 43% de pacientes con depresión reciben tratamiento. Probablemente debido al desconocimiento que la población, incluido el cuerpo médico tienen de la misma y de sus consecuencias. Se ha comprobado que tanto la depresión como el estrés pueden ocasionar infarto agudo al miocardio, accidentes cerebrovasculares o cáncer.(5,7,29,35)

Además, la depresión incrementa el riesgo de suicidio: 15% de personas deprimidas se suicidan; esto equivale a 800 personas al día. Esta cifra no incluye las conductas autodestructivas (alcoholismo, manejar a alta velocidad, tabaquismo, olvidar la ingesta de los medicamentos) que generalmente van ligadas a depresiones enmascaradas y son una forma pasiva de suicidio. El costo económico de la enfermedad es de 47 mil millones de dólares al año, sólo en Estados Unidos, debido a los días laborales perdidos y al costo del tratamiento.(7,32)

Cuando la depresión se asocia a enfermedades crónicas como cáncer, insuficiencia renal, artritis reumatoide o diabetes mellitus, el tratamiento de ambas se dificulta y el paciente puede sufrir complicaciones y un franco deterioro en su calidad de vida.(4)

En tal sentido, surgen interrogantes que el presente estudio pretende desentrañar, como: Existe relación entre los niveles de depresión y la clase funcional de artritis reumatoide que presentan los pacientes?Cuál es el interés de los pacientes para participar en un programa de terapia grupal que les ayude a intercambiar experiencias, aprender nuevas estrategias para enfrentar la depresión y su enfermedad, así como ejercicios que les ayuden a desempeñar mejor sus tareas diarias?

III. JUSTIFICACIÓN

La artritis reumatoide es una enfermedad que afecta entre el 0.3 a 1.5% de la población mundial. Entre las enfermedades atendidas por el departamento de Medicina Interna del IGSS, las reumatológicas constituyen el 11% y de éstas, la artritis representa el 58%.

Se desconoce la etiología de la enfermedad, aunque se considera que, como la mayoría de enfermedades, es multifactorial. La artritis reumatoide presenta un curso variable con épocas estables y otras en las que los pacientes presentan crisis, desconociéndose también la causa de este fenómeno, aunque se han relacionado, cada vez con más certeza los factores emocionales con la evolución de la misma.(12,30,36,38)

El tratamiento de la enfermedad se basa principalmente en educación y medicamentos que ayudan a disminuir el dolor y la inflamación (salicilatos y AINES). Si el paciente no responde al tratamiento se utilizan antipalúdicos, sales de oro, D-penicilamina, esteroides o inmunosupresores como el metrotexato, leflunomida y más recientemente, inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa, con todos los efectos secundarios que estos medicamentos implican. También se han utilizado tratamientos con calor, ejercicio graduado y fisioterapia. (2,24)

A pesar de que se ha comprobado la influencia de los factores emocionales en el curso de la enfermedad, no se da la atención necesaria a ese aspecto. Los pacientes con depresión presentan alteraciones somáticas como dolor, están menos dispuestos a seguir el tratamiento de su enfermedad base y presentan más riesgos de recaídas.(16,40)

Cuando los pacientes presentan períodos depresivos, no basta con administrar antidepresivos. Es necesario dar psicoterapia individual o grupal. En diversos estudios se ha demostrado los beneficios que una terapia grupal reporta en los pacientes con cáncer. Estos grupos involucran tanto el uso de antidepresivos como el apoyo de un psiquiatra, el mismo grupo de pacientes y una trabajadora social . (5,6,13,40)

En el Hospital General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se reúne mensualmente un grupo de pacientes ambulatorios con artritis reumatoide, coordinados por los médicos reumatólogos, con la colaboración de trabajo social, para darles pláticas educativas. En esta misma institución se da entrenamiento en el área de Psiquiatría y se cuenta con un psiquiatra y un residente de dicha especialidad para la Psiquiatría de enlace, por lo que podría contarse con su participación en un programa de terapia grupal.

Al establecer la relación entre depresión y artritis reumatoide, así como la anuencia de los pacientes para participar en un programa de terapia grupal en

donde intervenga además un fisioterapeuta se puede brindar una atención integral que involucre tanto el aspecto físico, como el mental y el emocional ya que los pacientes no sólo son un cuerpo y al abarcar todas las esferas que los integran se están previniendo complicaciones o recaídas de la enfermedad, además de mejorar la calidad de vida de quienes sufren.

IV. OBJETIVOS

A. General:

- Establecer la relación que existe entre niveles de depresión y capacidad funcional en los pacientes con Artritis Reumatoide, atendidos en el servicio de reumatología del departamento de Medicina Interna del IGSS, durante el período de agosto-septiembre de 2000, para elaborar las bases teóricas de un programa de terapia grupal.

B. Específicos:

- Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con Artritis Reumatoide según edad y sexo.
- Elaborar un programa que sirva como base en la creación de un grupo de apoyo terapéutico para los pacientes con artritis reumatoide.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. ARTRITIS REUMATOIDE

1. Definición

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica crónica que afecta mayormente las articulaciones diartroidales y otros órganos. Se desconocen las causas y no existe una prueba diagnóstica específica para detectarla.

La AR es de prevalencia mundial, ocurre en todos los grupos étnicos, en todas las edades y en ambos sexos. El predominio es mayor entre el sexo femenino con una relación de 4:1 y la edad de inicio más frecuente es la época productiva de la vida, entre los cuarenta y sesenta años. En los niños o adolescentes (hasta los 16 años) puede aparecer artritis reumatoide juvenil con sus variantes: pauciarticular, poliarticular (similar a la del adulto) y sistémica o enfermedad de Still. (2)

El Colegio Americano de Reumatología ha propuesto siete criterios de clasificación para garantizar la uniformidad de los estudios epidemiológicos pero no se aconseja utilizarlos para dar un diagnóstico definitivo pues otras enfermedades pueden simularlos. Los criterios son:

1. Rigidez matutina de una hora o más*
2. Tumefacción (tejidos blandos) de tres o más articulaciones*
3. Tumefacción (tejidos blandos) de articulaciones de la mano (Interfalángica proximal, metacarpofalángica o muñeca)*
4. Tumefacción simétrica (tejido blando)*
5. Nódulos subcutáneos
6. Factor reumatoideo sérico
7. Cambios radiográficos consistentes en: Erosiones, osteopenia yuxta-articular o ambas, en articulaciones de la mano o la muñeca

* Observados por un médico durante seis o más semanas

2. Etiología

Aunque se ha logrado explicar el mecanismo por el cual se lesionan las articulaciones en la AR, no se ha logrado encontrar la causa que inicia dicho proceso. Se han estudiado tres áreas para investigar las causas de la AR:

a. Factores genéticos:

La enfermedad ocurre en grupos de familias y es más frecuente en gemelos monocigotos, además en los pacientes con AR está aumentado el alelo HLA-DR4 del complejo mayor de histocompatibilidad hasta en el 70% de casos. Este tipo de HLA se correlaciona más frecuentemente con el factor reumatoideo (FR), destrucción articular grave, afección pulmonar y síndrome de Felty. (2)

b. Anormalidades inmunorreguladoras y autoinmunidad:

La AR es una enfermedad autoinmune parecida a otros trastornos relacionados con el Complejo Mayor de Histocompatibilidad II. El FR es un autoanticuerpo a la porción Fc de las moléculas de inmunoglobulina G (IgG) en el 80% de pacientes; el 20% restante de pacientes tienen FR a IgA, IgM o IgE.(2)

La apoptosis (muerte celular fisiológica automodulada) es un mecanismo que se encuentra alterado en pacientes con enfermedades autoinmunes, cáncer, infecciones virales, desórdenes neurodegenerativos y SIDA. Las células apoptóticas se distinguen de las necróticas en que las últimas mueren por un daño celular agudo y externo, en cambio las primeras mueren por una autodigestión controlada. (43)

Existen múltiples inductores de apoptosis, algunos de ellos son fisiológicos (pérdida de la matrix, glucocorticoides, TNF -factor de necrosis tumoral, en español-, neurotransmisores), otros son relacionados a daño (virus, toxinas bacterianas, oncogenes, radicales libres y otros), otros se asocian a tratamientos (quimioterapia, radiación UV y gamma) y a toxinas (etanol). (43)

Los inductores de apoptosis actúan sobre el ligando *Fas* (que es llamado factor de la muerte) y la alteración de este sistema de moléculas que se encuentra sobre la superficie celular está relacionado con desórdenes linfoproliferativos y enfermedades autoinmunes.(25,33)

c. Psiconeuroinmunología:

Se ha estudiado la influencia del estrés y la depresión en la susceptibilidad a infecciones, la incidencia de cáncer, hipertensión arterial y enfermedades autoinmunes. Esto se explica por el circuito de Papez: El eje hipotálamo-hipofisario secreta diversas hormonas desde hormona de crecimiento, prolactina, ACTH, TSH, LH, hasta las secretadas por los órganos blanco como glucocorticoides, tiroxina, testosterona, estrógenos y neuro-hormonas como adrenalina, noradrenalina, vasopresina, oxitocina e insulina las cuales controlan el sistema endócrino e inmunológico.

Para que el hipotálamo secrete estas sustancias, requiere una serie de factores de liberación -polipéptidos- que llegan a través del circuito portal largo; parte de este circuito auto-regulador está vinculado al sistema límbico, que como es sabido, controla las emociones. Por lo tanto, el circuito de Papez es un circuito neurofisiológico de integración psicosomática.(36)

Los linfocitos tienen receptores de membrana para diversas hormonas como glucocorticoides, insulina, histamina y receptores alfa y beta adrenérgicos. La enfermedad autoinmune se explicaría así: alteración en el sistema límbico (por situación prolongada de estrés emocional) => aumento permanente de adrenalina => aumento en la secreción de ACTH, TSH, tiroxina, glucocorticoides => alteración del ligando Fas en la superficie de las células del sistema inmune con la apoptosis subsiguiente => enfermedad autoinmune (Tiroiditis de Hashimoto, AR, Lupus eritematoso,etc... dependiendo de la susceptibilidad genética)(36,37,43).

d. Una infección desencadenante o persistente:

Debido a que la AR no se conocía en Europa antes del descubrimiento de América, se ha propuesto que hubo un agente infeccioso que llegó al Antiguo Continente con los primeros exploradores.

En ocasiones el FR se produce en el transcurso de otras enfermedades, algunas de ellas de origen infeccioso (endocarditis bacteriana, tuberculosis, sífilis, infecciones virales) por lo que se han propuesto como factores infecciosos: estreptococos, difterioides, micoplasmas, virus como rubéola, Ross River, parvovirus B19 y Epstein-Barr pero no se ha logrado demostrar ninguna relación directa con la etiología de la AR. (2)

3. Patología y patogénesis

La inflamación aguda y la lesión tisular de la AR son causadas por los mecanismos de defensa del huésped designados para atacar bacterias o virus pero que en lugar de cumplir su función, se desvían para agredir los tejidos del huésped.(2,47)

La característica anatomofisiológica de AR es la proliferación de la membrana sinovial, con erosión del cartílago articular y el hueso subcondral. El tejido inflamatorio proliferante (*pannus*) es una lesión invasora producida por los protooncogenes activados de las células sinoviales. Este tejido se relaciona con tumores malignos y puede causar la destrucción de estructuras intraarticulares y periarticulares con las deformaciones y disfunción que se observan clínicamente. (47)

Inicialmente se presenta lesión microvascular y proliferación moderada de células sinoviales con edema e infiltración de linfocitos T que al ser activados por

algún antígeno liberan mediadores de la inflamación. Se produce también FR dentro de la sinovia con formación de complejos inmunológicos, aumento de la permeabilidad vascular, lisis celular, fagocitosis y destrucción final del cartílago debido a las diversas enzimas proteolíticas, metaloproteinasas y mediadores solubles de la inflamación. (47)

4. Manifestaciones clínicas

La presentación de la enfermedad es muy variable. Generalmente los pacientes indican haber presentado dolor articular, rigidez o ambos en las articulaciones. También se asocia malestar, fatiga y a veces febrícula.

Las articulaciones más afectadas son las articulaciones interfalángicas proximales (IFP) de las manos, metacarpofalángicas (MCF): muñecas, codos, hombros, rodillas, tobillos y metatarsfalángicas (MTF), habitualmente con un patrón simétrico y poliarticular. Lo más notable es la rigidez articular matutina o después de la inactividad. (2)

Conforme avanza la enfermedad, el paciente presenta más dificultad para realizar sus actividades por el dolor, la rigidez y el deterioro de la función articular. Esto afecta sus actividades laborales, su vida sexual y familiar. Además se presentan alteraciones en los patrones de sueño, pérdida de peso, cansancio, depresión y/o ansiedad. (2, 5, 16, 27, 34)

Algunos pacientes tienen una evolución progresiva que los lleva a la incapacidad laboral e incluso la muerte. Otros presentan remisiones y recaídas de la enfermedad. Se han asociado los factores emocionales como responsables de estas variaciones. (2,17,36,37,44)

Para valorar la *capacidad funcional* de los pacientes con AR se utiliza la *escala de clase funcional*:

Clase I: No hay restricción para realizar todas las actividades de la vida diaria

Clase II: Restricción moderada; se realizan casi todas las actividades diarias.

Clase III: Restricción notable; incapacidad para realizar casi todas las actividades de la vida diaria y el trabajo.

Clase IV: Incapacidad con confinamiento a silla de ruedas o cama.

a. Manifestaciones articulares:

La AR puede afectar cualquier articulación diartroïdal, afectando con mayor frecuencia las articulaciones pequeñas de manos y muñecas, las rodillas y piés.

Con menor frecuencia puede afectar las articulaciones temporomandibulares, las articulaciones cervicales superiores y las cricoaritenoides (que origina

disfagia, ronquera o dolor en la parte anterior del cuello). En la artritis avanzada pueden afectarse articulaciones de codos (glenohumeral, acromioclavicular y toracoescapular), hombros y caderas. (2)

b. Manifestaciones extraarticulares:

Además de los síntomas generales como debilidad, malestar, fatiga, febrícula y linfadenopatía leve, pueden aparecer complicaciones extraarticulares en diversos órganos:

- Piel: nódulos subcutáneos, eritema palmar, vasculitis
- Corazón: afección pericárdica, pericarditis constrictiva, nódulos en miocardio o en válvulas
- Pulmones: nódulos intrapulmonares, derrame pleural, fibrosis intersticial y neumonitis.
- Nervios: neuropatías periféricas, parestesias, síndrome del túnel del carpo y del túnel del tarso.
- Ojos: Síndrome de Sjögren, episcleritis, escleritis, escleromalacia perforans.
- Síndrome de Felty: Es la tríada final de la artritis destructiva crónica caracterizada por AR crónica, esplenomegalia y leucopenia (neutropenia). (2)

5. Pruebas de laboratorio

Son comunes en los exámenes de sangre: anemia, hierro sérico con valor bajo, eosinofilia, velocidad de sedimentación elevada y en el 80% de pacientes, FR positivo, elevado. También se ha detectado anticuerpos antinucleares en el 30-40% de pacientes. En el líquido sinovial se encuentra leucocitosis a expensas de polimorfonucleares y, complemento bajo (2)

6. Tratamiento

Los objetivos del tratamiento van dirigidos al alivio del dolor, la disminución de la inflamación y de los efectos secundarios, la conservación de la movilidad y el retorno a una vida normal. Por lo tanto se recomienda educación, reposo, tratamiento antiinflamatorio y medidas físicas para conservar la movilidad.

a. Fármacos antiinflamatorios no esteroideos (FAINES):

Los antiinflamatorios más populares son los salicilatos, por su bajo costo. Si no son tolerados, existe una diversidad de fármacos: derivados del ácido fenilacético (ibuprofén, ketoprofén, etc), ácidos naftaleno acéticos (naproxén), ácido indolacético (indometacina, sulindac), piroxicam, diclofenac, diflunisal, aunque en todos ellos el principal efecto secundario es la hemorragia gastrointestinal silenciosa que causa anemia en algunos casos. (2)

b. Otros fármacos:

Cuando los pacientes no toleran los FAINES (por deterioro de función renal o úlcera gastrointestinal) se utilizan medicamentos de acción más lenta como los antipalúdicos (hidroxicloroquina), sales de oro, penicilamina, y en pacientes con AR grave, inmunosupresores (azatioprina, ciclofosfamida, metrotexato, ciclosporina), lefunomida, bloqueadores del factor de necrosis tumoral alfa (Etrarnecep, Ifliximab) o corticoesteroides (prednisona) en dosis bajas por vía oral o inyectados, en caso de enfermedad persistente activa.

Los efectos secundarios de estos medicamentos van desde retinopatías, daño renal y supresión de la médula ósea, inducción de otras enfermedades autoinmunes, hepatotoxicidad, y neumonitis, entre otros. (2)

c. Otras terapias:

- Reposo en cama: la fatiga a media tarde desaparece con la siesta
- Fisioterapia: un programa de ejercicio graduado evita el deterioro de la movilidad articular; aquí se incluyen los tratamientos con calor (baños, parafina, compresas, piscina).
- Uso de férulas en articulaciones con inflamación aguda
- Cirugía ortopédica reconstructiva: prótesis para restitución articular.
- Terapia de grupo: La psicoterapia individual o en grupo ha probado ser eficaz en el tratamiento de pacientes con enfermedades como cáncer y tuberculosis. Al interactuar en grupo, los pacientes se sienten comprendidos y aprenden de quienes han sabido adaptarse a la enfermedad. En España se han realizado grupos en pacientes con enfermedades crónicas y se ha observado la disminución del dolor en los pacientes que participan. Los grupos desempeñan una función protectora y educadora. Como la ansiedad y la depresión están asociadas a las exacerbaciones de la enfermedad, las terapias como hipnosis, relajación, condicionamiento clásico y autoconocimiento son apropiadas para controlar la AR. (2,16,21,22, 44)

B. DEPRESIÓN

1. Definición y Epidemiología

La depresión es una agresividad dirigida a sí mismo, que está implícita en los sentimientos de culpa y dependencia. (14)

Se entiende por depresión un estado de ánimo triste, acompañado de pérdida de interés, sentimientos de desesperanza, malestares físicos inespecíficos y aislamiento. Esta sintomatología puede variar de un caso a otro y eso hace difícil su diagnóstico. En niños, por ejemplo, se presenta con agresividad y problemas en la escuela. En algunos adultos jóvenes, sólo se presentan malestares físicos

diversos sin etiología orgánica. Otras veces se presenta de forma enmascarada; las adicciones (al alcohol, drogas, trabajo, cigarrillos, televisión) y los aparentes olvidos en la toma de medicamentos, por ejemplo, son formas de depresión enmascarada.(23,32)

Se ha correlacionado a los trastornos afectivos con antecedentes familiares de primer grado, teniendo serias consecuencias familiares y socioeconómicas. La depresión se presenta sin diferencias de raza o nivel socioeconómico, pero es prevalente en el sexo femenino con una relación 2:1.(9,23)

El riesgo de padecer depresión mayor es del 3-12% y el de padecer depresión de cualquier tipo a lo largo de la vida es de 36%, Su incidencia es mayor entre los 20-40 años y decrece a partir de los 65. La depresión se presenta con más frecuencia entre divorciados. Puede llegar a recaer hasta en 50-85% de casos y cronificarse en el 20-30% de pacientes no distímicos.

Según datos de la OMS, la depresión se presenta entre el 5-12 % de personas en los países industrializados. No reporta datos de países en vía de desarrollo pero aún en los primeros, hay un gran sub-registro. La depresión es pocas veces detectada y menos aún, tratada ya que aún se estigmatiza la consulta psiquiátrica y, por la variedad de síntomas que puede presentar, la poca importancia que se le concede y la escasa preparación en el tema, no es detectada por los médicos no psiquiatras, a quienes consultan la mayoría de pacientes deprimidos. (7,9)

2. Clasificación

Los trastornos afectivos, en los que se incluye a la depresión, tienen una elevada incidencia y prevalencia. De hecho, son los trastornos más comunes en la práctica psiquiátrica. Los trastornos afectivos se clasifican en Bipolares y Unipolares; dentro de los unipolares se incluyen los trastornos depresivos, la depresión mayor y la distimia. (23)

La *distimia* tiene una prevalencia del 3-6%. Es un trastorno depresivo crónico leve que inicia en la infancia o los primeros años de la adolescencia. Su diagnóstico requiere al menos dos años de estado de ánimo deprimido la mayoría del tiempo, acompañado de desesperanza, fatiga y disminución de la concentración. Es más común en hijos de pacientes depresivos, sujetos a estrés emocional crónico y de nivel socioeconómico y/o educativo bajos. Los pacientes distímicos presentan otros trastornos psiquiátricos hasta en el 75% de casos a lo largo de su vida y 42% de estos pacientes llegan a sufrir una depresión mayor. (9)

La *depresión mayor* se diagnostica después de un episodio de cambios emocionales y neurovegetativos (alteraciones del sueño, apetito y niveles de energía) acompañados de un ánimo deprimido. La siguiente clasificación, se ha propuesto por la Asociación Psiquiátrica Americana para determinar si un individuo cumple los criterios diagnósticos de Episodio depresivo mayor: (1)

- **Criterios para episodio depresivo mayor**

(Requiere la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, uno de los cuales debe ser afecto deprimido o pérdida de interés o placer. Los síntomas, no pueden ser a consecuencia de algún medicamento, droga, condición médica o duelo, para ser considerados parte de un trastorno depresivo mayor).

1. Afecto: Deprimido la mayor parte del día, casi todos los días
 2. Sueño: Insomnio , generalmente con despertar temprano
 3. Interés: Marcada disminución del interés y el placer en la mayoría de actividades, incluso en las consideradas placenteras.
 4. Valoración: Sentimientos de desvalorización y de culpa inapropiada
 5. Energía: Fatiga o falta de energía casi todos los días
 6. Cognición: Concentración disminuía, indecisión aumentada, pensamiento enlentecido, contenido negativo
 7. Apetito: Anorexia, pérdida de peso
 8. Psicomotor: Retardo (o agitación) psicomotora
 9. Suicidio: Pensamientos recurrentes sobre la muerte, ideación suicida, planeación suicida, intento de suicidio.
-

Existe una forma de depresión con síntomas vegetativos contrarios a los comunes de la depresión, llamada *depresión atípica* la cual cursa con exceso de sueño, hiperfagia (especialmente por carbohidratos) y ganancia de peso. Esta es más común en pacientes jóvenes. El *trastorno depresivo estacionario* se presenta con más frecuencia en países cercanos a los polos al acortarse el día desde octubre a primavera, es prevalente en mujeres con una relación 6:1 y un gran porcentaje de las afectadas llega a presentar trastornos bipolares. Existen diversos criterios para clasificar una *depresión como recurrente*. Uno de ellos considera que dos episodios depresivos mayores padecidos en el curso de cinco años, es considerado como depresión recurrente. (9)

La *depresión post-parto* aparece a las cuatro semanas después del parto y es un predictor válido de recurrencia. La *melancolía* es una forma severa de depresión asociada con culpa, remordimiento, pérdida de placer y síntomas vegetativos muy fuertes. Los pacientes con esta forma de depresión tienen alto riesgo de suicidio.

Según el grado de intensidad de la depresión, el CIE-10 (Clasificación internacional de Enfermedades/OMS) divide la depresión en:

- a. *Episodio depresivo leve (F32.0)(Depresión leve)*: manifestaciones leves de al menos dos de los primeros cuatro síntomas y dos de los restantes.

- b. *Episodio depresivo moderado (F32.1) (Depresión moderada)*: síntomas y signos más numerosos, persistentes y claros; dos o tres síntomas de los primeros cuatro y por lo menos tres o cuatro de los restantes.
- c. *Episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos (F32.2) (Depresión severa)*: Por lo menos tres de los primeros cuatro síntomas y cuatro de los restantes; los síntomas son muy pronunciados existiendo confusión notable y en ocasiones agitación, estupor y alto riesgo de suicidio. En algunas personas llegan a manifestarse signos de psicosis incluyendo alucinaciones o ideas delirantes (*trastorno depresivo severo con síntomas psicóticos*) (F32.3).

Esta misma clasificación se utiliza en los trastornos depresivos recurrentes (F33.0 al F33.3). El listado de los síntomas se especifica en la sección de "Clínica", más adelante. (28)

3. Etiopatogenia

Existe una diversidad de teorías etiopatogénicas respecto a los trastornos afectivos, particularmente en relación a la depresión. Por cuestión de ordenamiento mental, se dividirán las teorías en dos grandes ejes: Las teorías biológicas y las psicológicas.

Los puntos a destacar, universalmente aceptados son:

- * Existe un componente genético importante
- * Los factores externos son esenciales para la génesis y el desencadenamiento del trastorno.
- * La personalidad previa del sujeto influye decisivamente en la manera de reaccionar ante los acontecimientos y puede modificarse por los mismos.
- * Se ha comprobado que la noradrenalina y la serotonina son neurotransmisores clave en los trastornos depresivos. (9)

a. Teorías biológicas

i. Genética:

Se ha estudiado la concordancia que existe entre gemelos monocigotos respecto a los dicigotos en la presencia de problemas afectivos. Existe además mayor riesgo de padecer trastornos unipolares en los descendientes de padres con dichos trastornos. Aún no se ha resuelto si el modo de transmisión está ligado a un gen o es poligénico.(9, 23)

ii. Bioquímica cerebral:

Inicialmente se consideró que la carencia de determinado neurotransmisor a nivel cerebral originaba el trastorno; después se estudiaron las interacciones de los neurotransmisores y se planteó la teoría del desequilibrio. Con los últimos

avances tecnológicos, se ha llegado a plantear la posibilidad de que el problema resida en la falta de regulación a nivel de receptores.

La noradrenalina, específicamente la falta de eficacia de los sistemas noradrenérgicos en pacientes depresivos y la baja regulación de sus receptores es una de las hipótesis más aceptadas actualmente junto con la de la serotonina. La ineficacia en la recaptación de la noradrenalina provoca síntomas como anhedonia, falta de energía, interés, concentración y aumento de ansiedad, desesperanza e incapacidad. La serotonina está más ligada a los trastornos anímicos de la depresión (tristeza). Se ha encontrado que en los cerebros de pacientes con trastornos unipolares y en suicidas existe un aumento de los receptores 5-HT (5-Hidroxitriptamida, metabolito de la serotonina), lo que confirmaría la teoría de la disminución de la actividad serotoninérgica funcional en estos pacientes.(9,20,23)

También se ha estudiado la relación del equilibrio colinérgico-adrenérgico debido a la gran densidad de receptores colinérgicos encontrados en el sistema límbico, planteando la hipótesis de que un exceso de la actividad colinérgica respecto de la adrenérgica conduce a la depresión clínica y para confirmarla se presentan los hallazgos de reacciones depresógenas después de la administración de colinomiméticos, los efectos anticolinérgicos severos de algunos antidepresivos e hipersensibilidad colinérgica en pacientes depresivos. (9)

iii. Neuroendócrina:

Las anormalidades en el eje hipotálamo-pituitario-adrenal están frecuentemente asociadas a depresión y la relación de estas estructuras con el sistema endocrino, por un lado y con el sistema límbico, por otro, hacen sospechar fuertemente que esta hipótesis sea verdadera.(17,23,36, 37)

b. Teorías psicológicas

i. Teorías cognitivo-conductuales:

Las distorsiones cognitivas como la desesperanza o la indefensión aprendidas se caracterizan por la ausencia de conductas adaptativas; el individuo cree que pierde el control sobre los reforzadores ambientales y estresantes lo que le conduce a una frustración permanente y al sufrimiento. (9,23)

Según Beck la parte nuclear de la depresión la constituye un estilo cognitivo alterado, con experiencias negativas acerca del ambiente (estilo de pensamiento de la personalidad predepresiva) sumado a la desesperanza y a la incapacidad de afrontar al medio. Visto de este modo la tríada cognitiva básica de los depresivos sería: Interpretación negativa de la propia experiencia, concepción peyorativa de sí mismo y visión pesimista del futuro.(9)

ii. Teorías psicodinámicas:

Freud ya consideraba la "melancolía" desde un punto de vista psicoanalítico como una situación de "pérdida del objeto amado". La depresión sería así un estado de duelo por el objeto libidinoso perdido en el cual, el instinto agresivo que se genera se internaliza, desarrollándose autoagresión contra el objeto internalizado con el cual el Yo se identifica. Visto de este modo, el patrón seguiría la actitud canibalística de la fase oral. Lo cual explicaría las tendencias de conducta en la depresión enmascarada (comer, beber, fumar...). (9,32)

iii. Acontecimientos vitales y soporte social:

En los pacientes depresivos ocurre un mayor número de acontecimientos estresantes (no necesariamente negativos) antes del episodio depresivo inicial ya que después no son causa necesaria ni suficiente para que el cuadro depresivo se instale de nuevo. Existe una cierta autonomía en la reaparición de los cuadros depresivos.

Se ha comprobado la importancia del soporte social en el resultado del tratamiento: Cuando existe una relación de confianza (aunque a veces podría considerarse factor de riesgo) condiciona a medio y largo plazo, el éxito del tratamiento. Factores de riesgo bien conocidos son: el desempleo, el divorcio, la pérdida de la madre antes de los once años y la pérdida de tres o más hijos.(9)

iv. Personalidad:

No se ha encontrado una personalidad predepresiva definida; únicamente se encuentra la introversión o el sentimiento de "no pertenencia" como rasgos premórbidos. También se ha considerado que el temperamento distímico es precursor del trastorno del mismo nombre e incluso, parte del mismo cuadro. (9)

Tellenbach propuso que las personas del tipo melancólico tienden a la depresión. Este tipo de personalidad se caracteriza por afán por el orden y el control de su vida y su medio, ser poco flexibles al cambio, sobrios, formales, con actitud de cordialidad y fidelidad para evitar cualquier conflicto en sus relaciones personales. Presentan gran pulcritud y tendencia a la escrupulosidad que frecuentemente les arrastra a la culpa. Tienen gran sentido del deber; a nivel profesional son muy autoexigentes lo cual les proporciona aceptación social. También se ha encontrado que la dependencia es un rasgo que predispone a la depresión y es frecuente en personas deprimidas. (9,17)

4. Clínica

Los signos y síntomas clave para identificar la depresión, según el CIE-10 son:
(Este es el listado al cual se refiere la clasificación de depresión por intensidad) (28)

1. Afecto deprimido
 2. Pérdida de la capacidad de disfrute (anhedonia)
 3. Pérdida de interés
 4. Disminución de la energía con tendencia a la fatiga y a la disminución de la actividad acompañado de cansancio aún después de esfuerzos leves.
 5. Otros signos y síntomas.
 6. Disminución de la atención y la concentración.
 7. Disminución de la autoestima y la autoconfianza.
 8. Sentimientos de culpa y desvalorización
 9. Visión del futuro pesimista y desolada.
 10. Alteraciones en el sueño.
 11. Disminución del apetito.
 12. Pérdida de peso.
 13. Pérdida de la libido.
-

De forma más específica, en la exploración psicopatológica se puede encontrar:

- a. *Afectividad*: Tristeza vital, indiferencia, apatía, desinterés; menos frecuente ansiedad-irritabilidad. (Lo último es común en niños)
- b. *Cognitiva*: Pensamiento enlentecido con aumento en la latencia de la respuesta (en casos graves), contenido negativo con una valoración pesimista de pasado, presente y futuro, unido a sentimientos de culpa y minusvalía y déficits de atención, memoria y concentración. En casos graves, ideas delirantes (de ruina, culpa, hipocondría) o paranoides. Ideación autolítica con planificación y logro en el 15% de casos.
- c. *Conducta*: Inhibición y disminución del rendimiento con tendencia al encamamiento. Anhedonia total. Llanto. Intento de suicidio.
- d. *Alteración de los ritmos biológicos*: despertar precoz con mejoría vespertina (invertidos en la depresión atípica)
- e. *Trastornos somáticos*: Astenia, anorexia, pérdida ponderal, disminución de la libido, trastornos del sueño, desregulación vegetativa (palpitaciones, sudoración, lipotimia), algias diversas, molestias gastrointestinales.

Como pruebas complementarias (que NO son útiles para hacer un diagnóstico sino para corroborar el mismo) están la polisomnografía que presenta disminución de la latencia REM, test de estimulación de TSH por TRH con aplanamiento de la respuesta en 30% de pacientes deprimidos, alteración del sistema mononuclear fagocítico, disminución de linfocitos circulantes y leve leucopenia. El estudio tiroideo puede descubrir hipotiroidismo. (9)

5. Complicaciones

La más conocida complicación de la depresión recurrente breve, de la depresión mayor y del alcoholismo (como depresión enmascarada), es el suicidio. Hasta el 15% de pacientes deprimidos se suicidan. La mayoría de pacientes

suicidas consultan dos o tres veces a médicos no psiquiatras por dolencias inespecíficas antes de cometer el acto. (7,9,23)

Sin embargo, si tomamos en cuenta los estudios acerca de la psiconeuroinmunología que relaciona los estados de ánimo alterados con la aparición de enfermedades crónicas y autoinmunes (AR, LES, colitis ulcerativa, tiroiditis de Hashimoto, miastenia gravis, fibromialgia), y las conductas riesgosas de los pacientes con depresión enmascarada, podemos concluir que todas estas son formas lentas de suicidio pues al final lo que se persigue es, inconscientemente, la destrucción del individuo.(21,29,32,36,37)

Desde este punto de vista entonces, todas las enfermedades, los dolores inespecíficos, las depresiones deben ser tratadas para evitar que el individuo continúe haciéndose daño o, si ya está instalada la enfermedad, que esta progrese.

Entre los factores de riesgo para que una depresión se cronifique están: menor escolaridad, tratamiento previo, comorbilidad con problemas médicos (especialmente enfermedades crónicas incapacitantes progresivas) y personas sin relaciones interpersonales significantes. El 37% de las personas con enfermedades orgánicas presentan depresión asociada. (32,42)

En grupos comparativos de pacientes deprimidos, con pacientes que sufren enfermedades crónicas, los pacientes deprimidos igualan o exceden al otro grupo en la disminución del bienestar, y la pérdida de la funcionalidad. (16)

Se ha estudiado los rasgos de personalidad de pacientes con cáncer y se ha encontrado que son personas que reprimen su cólera, tienen dificultad para expresarse, baja autoestima, depresión, hipocondriasis, hostilidad y ansiedad, acompañada de sentimientos de desamparo. (3,40)

En pacientes con enfermedad de Alzheimer, diabetes mellitus y enfermedades autoinmunes como síndrome de Sjögren y fibromialgia, aparece la depresión como rasgo común.(8,19,45,46)

La AR se ha relacionado con factores constitucionales y experiencias previas dolorosas incluídas las separaciones que están ligadas al estado actual del sistema nervioso (irritabilidad, fatiga, sugestionabilidad) por lo que se recomienda la intervención psicológica en los pacientes que sufren esta enfermedad. La personalidad de los pacientes con AR (Moss,1964) está caracterizada por masoquismo, incapacidad para expresar agresividad y hostilidad, perfeccionismo e inhibición.(12,17,36,37)

La personalidad tipo A (competitiva, exigente, autocrítica, con alto nivel de estrés) se relaciona con enfermedades como hipertensión arterial, accidente cerebrovascular y enfermedad péptica. La personalidad tipo B (inhibida,

conciliatoria, con dificultad para exteriorizar sus sentimientos), se relaciona con cáncer y enfermedades autoinmunes. (7)

En pacientes con cáncer, los trastornos depresivos ejercen efectos adversos en la supervivencia, el tiempo de estancia hospitalaria (aumenta), el cumplimiento del tratamiento, la habilidad para cuidar de sí mismo y la calidad de vida. También se ha considerado que la inhibición del sistema neuroendocrino e inmunológico secundaria a la depresión influye en la incidencia o el curso del cáncer ocasionando pérdida de la vigilancia inmunológica y disminuyendo la producción de células NK funcionales. (3,40)

La relación entre la mente, las emociones y las enfermedades se ha estudiado en la medicina psicosomática. Se ha llegado a la conclusión de que múltiples enfermedades son de origen psicosomático. Entre ellas tenemos: hipertensión arterial, enfermedad coronaria, asma, úlcera péptica, colon irritable, colitis ulcerosa, diabetes mellitus II, hipo-hiper tiroidismo, dermatitis atópica, psoriasis e hiperidrosis. La AR es el prototipo de enfermedad psicosomática pues el estrés psicológico y los factores ambientales están fuertemente ligados al apareamiento o la agravación de la enfermedad. (5,35)

El uso de servicios de salud mental se asocia a menor utilización de servicios médicos en general, incluyendo menos consultas, menor recurrencia de la enfermedad y menor número de hospitalizaciones. Detectar los problemas depresivos primarios o secundarios a una enfermedad permite dar el tratamiento adecuado y evitar complicaciones. (5,14,17,36,46)

7. Tratamiento

a. Tratamiento farmacológico:

Los grupos de antidepresivos mayormente utilizados son:

i. Antidepresivos Tricíclicos y heterocíclicos (ATC):

Inhiben la recaptación presináptica de noradrenalina y serotonina. Se obtiene una buena respuesta en el 75% de los casos. Son el tratamiento de elección en depresión mayor. Sus efectos secundarios son de tipo anticolinérgico: sequedad de boca, palpitaciones, estreñimiento, hipotensión ortostática, sudoración, etc. Pueden provocar estados confusionales en ancianos y alteraciones del EKG. Erg: imipramina, amitriptilina, clomipramina. (9,23)

ii. Antidepresivos inhibidores de la Monoamino oxidasa (IMAO):

Son los más antiguos. Tratamiento de elección en depresiones atípicas o asociadas a trastornos de pánico. Interaccionan con los alimentos que contienen

tiramina (quesos, vino rojo) provocando una crisis hipertensiva. Entre sus efectos secundarios se encuentran: hipotensión ortostática, boca seca, sedación diurna, irritación gástrica, aumento de peso y apetito, edema, vértigo. Erg: fenelcina y tranilcipromina. La *Moclobemida* es un inhibidor de la isoenzima MAO-A, que se diferencia de los IMAO clásicos en que es reversible, no interfiere en el metabolismo de la tiramina y tiene menos efectos secundarios; además, aumenta los niveles de dopamina, serotonina y norepinefrina. (9,23,26)

iii. Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):

Son los antidepresivos de primera elección en pacientes ancianos por su menor toxicidad, principalmente la sertralina y el citalopram, que tienen menos reacciones adversas que los otros ISRS. Su eficacia es igual a la de los IMAO's en las depresiones atípicas o asociadas a pánico y casi tan buena como los ATC en depresión mayor. La fluoxetina no se aconseja en pacientes que sufren agitación o en quienes se necesita un efecto antidepresivo rápido pues el inicio de su acción es lento. Se aconseja el uso de ISRS en pacientes con alto riesgo suicida por su bajo potencial letal, excepto del citalopram, cuyo uso se desaconseja en este tipo de pacientes. Sus principales efectos secundarios son molestias gastrointestinales (principalmente náusea), cefalea, insomnio, temblor, anorexia, disfunción sexual. Erg: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram. (9,15, 23)

iv. Antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos (ANSE):

Este tipo de medicamento tiene como principal modo de acción ser un antagonista central de los autorreceptores y heterorreceptores alfa2-adrenérgicos de las neuronas presinápticas. Adicionalmente antagoniza los receptores 5-HT₂ y 5-HT₃. Como resultado aumenta la transmisión noradrenérgica y serotoninérgica sin los efectos secundarios de los ISRS ni de los ATC. Entre sus efectos secundarios más importantes están la sedación debido a la afinidad del medicamento por los receptores de histamina H₁, la náusea y el aumento de apetito y de peso. Su efectividad es similar a la fluoxetina y la imipramina. Es adecuado en pacientes con insomnio. ERG.: Mirtazapina. (20)

v. Antidepresivos inhibidores de la recaptación de noradrenalina (IRNa):

Es el primer fármaco inhibidor de la noradrenalina desde los tricíclicos. No tiene efectos serotoninérgicos. Tiene igual eficacia que la imipramina con menores efectos anticolinérgicos. En tratamiento de depresión mayor, es más efectivo que la fluoxetina. Se recomienda para depresión crónica, estados anérgicos y depresión melancólica. Efectos secundarios: boca seca, constipación, mareos, insomnio. ERG.: Reboxetina. (15)

vi. Antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN):

Tienen poca afinidad por los receptores histamínicos, muscarínicos y adrenérgicos. Es similar a la fluoxetina o la imipramina sin embargo se aconseja su uso en depresión mayor y distimia pues se considera que puede tener más efectividad para lograr la remisión que cualquier otro antidepresivo. La dosis debe ajustarse a la mitad en pacientes con problema renal o hepático. Sus efectos secundarios son náusea severa al inicio del tratamiento, elevación de la presión arterial, dolor de cabeza, insomnio y somnolencia. Erg.: Venlafaxina.(15,20)

vii. Antidepresivos mixtos:

Aquí encontramos a la Nefazodona que está relacionada estructuralmente con la trazodona. Su mecanismo de acción se basa en la inhibición presináptica de la recaptación de serotonina y un fuerte antagonismo postsináptico de los receptores 5-HT₂, sumado a una inhibición débil de la recaptación de noradrenalina. Su efectividad es similar a la de la sertralina. Interactúa con la cisaprida y antihistamínicos como la terfenadina o el astemizol provocando arritmias cardíacas. Sus efectos secundarios incluyen boca seca, somnolencia, náusea, mareos y constipación.(20)

viii. *Hypericum perforatum*:

Aunque no se ha logrado aislar la sustancia que produce el efecto antidepresivo en esta planta, se ha comercializado enormemente en Europa y Estados Unidos como antidepresivo de venta libre. Se han realizado estudios randomizados para comparar la efectividad de la planta en relación con los antidepresivos sintéticos y se ha encontrado que el extracto LI 160 inhibe la recaptación de noradrenalina, dopamina y serotonina y produce un aumento en la regulación de los receptores para 5-HT y β -adrenérgicos.

En diversos estudios se ha probado que el *Hypericum* tiene un efecto antidepresivo hasta de un 60-70% de pacientes con depresión leve a moderada utilizando el extracto comercializado como Jarsin^R y que el extracto LI 160 se puede utilizar incluso en depresión severa. Entre los efectos secundarios se reportan: molestias gastrointestinales, sensación de mareo, cansancio o reacciones alérgicas en casos raros. (18)

b. Psicoterapia:

Se ha comprobado que los medicamentos ejercen un efecto más prolongado, con menos remisiones, cuando se acompañan de psicoterapia, incluso en los episodios de depresión mayor.(22)

La psicoterapia (de soporte, cognitivo-conductual, técnicas de relajación, hipnosis, condicionamiento clásico, interpersonal breve o de grupo) ha demostrado ser eficaz e incluso en depresión leve, a veces es suficiente y no hay necesidad de dar tratamiento farmacológico. Se puede brindar terapia individualmente o en grupo, según las necesidades de las personas. La psicoterapia de grupo es más aconsejable en personas que sufren otra enfermedad concomitante o que comparten experiencias de vida similares.(17,23)

En casos de alto riesgo suicida es más aconsejable hospitalizar al paciente. En los hombres la edad de mayor riesgo es a partir de los 45 años y en mujeres, a partir de los 55. Los hombres, probablemente por los métodos electos, cumplen su meta con más frecuencia que las mujeres. Los familiares de primer grado de un suicida tienen mayor riesgo de suicidarse. En casos de riesgo suicida se debe dar tratamiento farmacológico (ISRS, IRNa, ANSE, IRSN) y psicológico urgente. De preferencia se recomienda la hospitalización. (18,23)

PROGRAMA DE TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

1. Justificación

Se han realizado grupos de apoyo multidisciplinarios en Argentina para tratar a pacientes con AR y se descubrió que ellos se perciben a sí mismos como la enfermedad. Su vida se divide en antes y después del diagnóstico. La pérdida de funcionalidad que la AR provoca en los pacientes les ocasiona miedo, sentimientos de dependencia e inadecuación, especialmente cuando ésta compromete su vida sexual y laboral. (6,27,36)

Antes de elaborar estos grupos en Argentina, se realizó una encuesta y los mismos pacientes expresaron que preferían los grupos de auto-apoyo para ayudar y ser ayudados, con apoyo de médicos, fisioterapeutas y psicólogos. (6,41)

En un estudio comparativo entre las cuatro intervenciones más comunes usadas en la psicoterapia de pacientes con cáncer, se encontró que entre la educación, el entrenamiento conductual, la psicoterapia individual y la terapia de grupo, esta última mostró mayor efectividad para mejorar el estado de ánimo de los pacientes, su forma de enfrentar la enfermedad e incluso prolongar su sobrevivida. Y es que, si se necesita una relación estable con alguien para protegerse de la depresión, es mejor que ese alguien comparta lo que el paciente está viviendo por la enfermedad. (9,13,33)

Los pacientes con cáncer que participaron en sesiones de terapia individual o grupal sobrevivieron 18 meses más y en mejores condiciones que los pacientes que no participaron. Además en los pacientes participantes en grupos aumentó el número de linfocitos y células NK. El tratamiento con antidepresivos mejoró su calidad de vida y disminuyó tangiblemente el nivel de depresión en los pacientes. (13,42)

Las metas de los grupos de terapia grupal estaban dirigidas a disminuir los sentimientos de aislamiento al hablar con personas en similares condiciones de enfermedad, educar a las personas acerca de la enfermedad y su tratamiento para reducir los niveles de ansiedad, aclarar dudas, aprender a manejar los sentimientos de invalidez, desolación y negligencia además de animarles a adquirir responsabilidad para sentirse bien y seguir los regímenes de tratamiento señalados por el oncólogo. Al controlar los grupos seis meses después, los beneficios de la intervención psicológica continuaban. (13,42)

Se ha comparado a grupos de pacientes deprimidos, con pacientes que sufren enfermedades crónicas y los pacientes deprimidos igualan o exceden al otro grupo en la disminución del bienestar, y la pérdida de la funcionalidad. Por eso en pacientes con AR no todos los síntomas se explican por la enfermedad. Muchos de ellos -como el dolor- están relacionados con depresión y ansiedad. En un grupo de pacientes con AR en el que se realizó una intervención multidisciplinaria con soporte psicológico, los beneficios de dicha intervención continuaban cinco años después y su calidad de vida mejoró respecto al grupo control, disminuyendo también el dolor y las recaídas. Esto demuestra la importancia de las intervenciones en estos pacientes. (4,13,16,40,41)

Las intervenciones del comportamiento, así como la conexión estable con un grupo o con la comunidad pueden potencializar y optimizar la función inmune. Las enfermedades consideradas psicosomáticas -como la artritis- mejoran notablemente al realizar intervenciones psicológicas. (17,38,39)

Con todos los datos expuestos anteriormente, se propone el siguiente programa que, basado en la literatura, y en los intereses y opiniones de los pacientes con artritis reumatoide, les brinde terapia, ya que sería de beneficio para ellos, para la institución, y se puede realizar con pocos recursos.

2. Plan de acción

Hay muchas formas de intervenir para ayudar a los/as pacientes con AR a aceptar su enfermedad, aprender mecanismos de adaptación y enfrentar positivamente los cambios y problemas de la vida.

Las estrategias de "coping" (afrentamiento) contribuyen a mejorar la salud de los/as pacientes con AR. El afrontamiento consiste en un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, desarrollados para hacer frente a las demandas internas o externas evaluadas como abrumadoras. Por esta estrategia se logra que las personas acepten su realidad y trabajen para lograr el equilibrio y disminuir el estrés. (10,40)

Debido a que se ha determinado que las intervenciones estructuradas son más eficaces, el programa se puede realizar en sesiones semanales de tres horas de duración, durante seis a nueve semanas, en grupos de diez a quince pacientes. Los grupos estarán integrados por los/as pacientes y un equipo de profesionales conformado por un/a trabajador/a social, uno/a psiquiatra, un médico reumatólogo, un/a fisioterapeuta y un/a terapeuta ocupacional. Las sesiones informativas, organizadas mensualmente por los médicos reumatólogos, con colaboración del departamento de trabajo social, deben continuarse pues no todos los pacientes pueden/quieren asistir a las sesiones semanales. (13,30,41,46)

Los puntos generales a tratar durante el programa serían:

- a. Información de la enfermedad y los medicamentos utilizados en el tratamiento, y resolución de dudas a cargo de Reumatología.
- b. Rutina de ejercicios acordes a la enfermedad a cargo de Fisioterapia.
- c. Técnicas para el manejo del dolor a cargo de Psiquiatría.
- d. Recomendaciones dietéticas a cargo de Trabajo social
- e. Técnicas de mecánica corporal para la vida diaria a cargo de Fisioterapia.
- f. Identificación y tratamiento de depresión, ansiedad o cualquier otro trastorno mental a cargo de Psiquiatría. (30)

La primera sesión sería de presentación del equipo, información de la enfermedad, enseñanzas de técnicas de mecánica corporal (como por ejemplo utilizar la palma, antebrazos o codos para apretar o abrir recipientes en lugar de los dedos o utilizar todo el cuerpo para empujar y no sólo los brazos, esto con el fin de disminuir el dolor en las articulaciones afectadas o la fatiga y estrés en la realización de actividades diarias) y una técnica de relajación (visualización, meditación, oración).(30)

Los/as profesionales de Trabajo social y Psiquiatría deberán estar presentes en todas las sesiones para dirigirlos e intercambiar experiencias con los/as pacientes e intervenir terapéuticamente. En las siguientes sesiones se podría seguir con la siguiente estructura, algunas veces alterando el orden para evitar la rutina y tomando en cuenta que se trabaja con personas, por lo que el horario puede ser flexible según las condiciones del grupo:

- De cuarenta y cinco minutos a una hora para educación (nutrición, ejercicios, técnicas de mecánica corporal, dudas no resueltas acerca de la enfermedad y su tratamiento).Esta sería siempre la primera intervención.
- Una hora para intercambio de experiencias y sentimientos de los/as pacientes. Aquí se incluyen las estrategias de afrontamiento y las intervenciones terapéuticas.
- Veinte minutos para relajación.
- Treinta minutos+/- para danza
- Receso de diez minutos en medio de las actividades para evitar el cansancio y, si se pudiese compartir una refacción (traída por los/as pacientes o proporcionada por el hospital o una casa médica) sería mejor aún, para compartir y platicar.

a. Técnicas de Relajación

Desde tiempos antiguos, el ser humano ha buscado formas de relajarse y sentirse más tranquilo/a. Actualmente se ha descubierto que la relajación es muy importante para evitar enfermedades o para incrementar la sensación de bienestar que favorece, tanto la salud como los procesos curativos. (10,21,31)

Dichas técnicas son sencillas y de fácil aplicación. Sólo requieren de un ambiente adecuado, esto significa tranquilo, agradable y de preferencia con música de fondo que puede ser desde música clásica, hasta sonidos de la naturaleza o música creada expresamente para relajarse.

La persona que dirige la sesión debe hablar pausadamente y con voz agradable, dar confianza al grupo y observar la participación de las personas en el ejercicio.

Las personas que integran el grupo deben acomodarse de la forma más cómoda posible pero sin que se induzca al sueño en la posición adoptada, esto significa que es preferible que se sienten comodamente (en sillas o en el piso, sobre cojines), a que se acuesten.(48)

Existen múltiples ejercicios de relajación. A continuación, algunos de ellos que se pueden utilizar en las sesiones:

i. Respiración:

- Respiración larga y profunda: Cierre los ojos. Inspire profundo dentro del abdomen y sienta cómo se expande. Mantenga la respiración y cuente hasta tres lentamente. Exhale despacio, contando hasta diez. Concéntrese en hacer cada respiración plena y completa. Sea consciente de su respiración.
- Respiración visualizada: Cierre los ojos tranquilamente y deje las preocupaciones del día. Respire profundamente y despacio por la nariz. Sienta el aire que baja por su cuerpo hasta el abdomen. Contenga la respiración por cuatro segundos y exhale despacio por la boca. Repita varias veces. Se siente más suelto/a y relajado/a. Sienta el aire que ahora fluye por todo su cuerpo y sale por las yemas de los dedos, por los dedos del pie y por la coronilla. Si algún pensamiento o preocupación viene a su mente, no se preocupe, déjelos allí y siga pensando en su respiración. continúe respirando así (dos minutos) y sienta la energía y la paz llenar su cuerpo y calmar su espíritu.

Ahora imagine que el aire que respira es de un color claro, limpio, azul o violeta y que entra a su cuerpo mientras respira. El aire de color fluye tranquilamente por la cabeza y el cuerpo todo, calmando los lugares más tensos y dolorosos de su cuerpo, la oscuridad y las preocupaciones, que van saliendo en forma de un aire de color más oscuro.

Respire lenta y profundamente mientras el aire limpio, azul-violeta llena de buena energía el cerebro, la cabeza, la cara y toca los lugares tensos o dolorosos. Al exhalar, todas las tensiones y dolores salen por la coronilla y se siente tranquilo/a, relajado/a.

Ahora respire profundamente y permita que el aire azul-violeta fluya por los hombros, el pecho y el corazón. Este aire amable toca el dolor y la tensión de los hombros, el pecho, los brazos, las manos y los sufrimientos que pesan en el corazón. Sienta esta energía aflojar y aliviar las tensiones y dolores que salen por la coronilla y las yemas de los dedos mientras el calor, el amor y la luz permanecen en su corazón.

El aire que respira profundamente sale ahora por las yemas de los dedos y por los dedos de los pies, después de haber circulado y aliviado los dolores y tensiones de la espalda, el abdomen, las caderas, las piernas y los pies. Sienta cómo la energía le llena de paz y tranquilidad.

Continúe respirando mientras el aire azul-violeta sigue fluyendo por su cuerpo, tocando cualquier lugar de tensión o dolor que aún exista, relajando y sanando su cuerpo y espíritu enteros. Se sentirá, calmado/a, pacífico/a y lleno/a de energía.

- Respiración Hara: El "Hara" es un centro de energía vital colocado tres dedos debajo del ombligo. Concéntrese en ese punto y respire profundo dentro del abdomen. Con la espalda recta, respire profundo y lento por la nariz. Sienta cómo el aire se expande en las profundidades de su abdomen. Coloque sus manos debajo del ombligo para ayudar con la imagen de su respiración. Imagine un centro de energía en su abdomen. Exhale y permita que la energía circule por todo el cuerpo. (48)

ii. Visualización

Vamos a descubrir el refugio del alma: Cierre los ojos y respire profundo. Sienta la conexión con la Tierra. Imagine que la energía de la Tierra entra por sus pies. Estírelos y sienta la energía, subiendo por sus muslos, pelvis, estómago, pecho, hombros, brazos, manos, cuello, cabeza, cara boca y lengua. Estire cada parte, respire y relaje.

Continúe respirando tranquilamente. Imagine que va a realizar un viaje muy especial al centro de su alma. Imagine un lugar especial (se puede mencionar un jardín, un bosque, una casa, una playa, etc... En este ejemplo trabajaremos con el bosque.). Explore el bosque. Este bosque es un refugio seguro para usted. Observe los colores, los árboles, los arroyos, los animalitos. Sienta la brisa rozando su cuerpo y llevando olores a frutos silvestres, eucaliptos, pinos...; escuche el trinar de las aves y sumerja sus manos en el agua clara y fresca del río que está cerca de usted.

Disfrute su espacio. Siéntase lleno/a de tranquilidad y paz. Aquí no tiene límites. Puede correr, bailar, subir la montaña que se mira hacia el sur. Aliméntese con la paz y la seguridad de este lugar. Tome un poco de tiempo para recibir lo que necesita: energía, salud, paz, alegría. Este refugio

estará siempre disponible para usted. Respire profundo.(Se dejan pausas entre cada frase).

Ahora empiece a regresar a su cuerpo. Despídase del lugar. Sienta sus piés y sus muslos. Empiece a respirar más fuerte y estire los músculos. Respire profundo y abra los ojos cuando cuente tres: Se va a sentir lleno/a de paz, uno; puede volver al refugio cuando quiera, dos; está dentro de su alma, tres.(48)

iii. Energía del cuerpo

Se describe la relación del cuerpo con la Tierra, como fuente de energía permitiéndole a los/as pacientes relajarse mientras se conectan con la energía del planeta.

- Escuchar al cuerpo: Piense que todo su cuerpo está conectado. Cada parte se conecta a otra, y cada parte encaja en la siguiente. Si una parte está tensa o duele, afecta a las otras partes del cuerpo. Cierre los ojos tranquilamente y relaje el cuerpo sobre la silla. Permita que la Tierra sostenga su cuerpo. Permita que los piés se afirmen planos en el suelo. Permita que las caderas se relajen. Deje que la columna se relaje. Baje y relaje los hombros. Relaje el cuello sobre la columna. Relaje la cabeza sobre el cuello. Respire profundamente. Permita que todo su cuerpo se relaje y quede sostenido por la silla y la Tierra. Sienta la conexión con la tierra y el cielo. Sienta la energía de la tierra y el cielo. Ahora se siente lleno/a de paz y de energía. Abra sus ojos despacio y respire profundo.
- El globo de energía: De pié, relaje las piernas, los hombros y los brazos. Sienta por su cuerpo la conexión con la energía de la tierra y el cielo. Junte las manos y frótelas por un momento. Pare, sepárelas y sienta lo que pasa. (se puede sentir cosquillas, calor, fuerza o algo como electricidad). Hágalo de nuevo. Imagine que la energía es como un globo de luz. Juegue con el globo: hágalo grande o pequeño, tírelo hacia arriba y recíballo, perciba la sensación entre las manos. Ahora deje que el globo caiga sobre usted y le llene de energía y paz.

iv. Círculo curativo

Formemos un círculo tomados/as de las manos, colocando la mano izquierda boca arriba y la derecha boca abajo. Con la mano izquierda va a recibir energía y por la derecha, la va a dar. Cierre los ojos y respire profundo. Todos/as tenemos necesidad de sanar el cuerpo o el espíritu, pero también tenemos la capacidad de sanar. Respire profundo y sienta cómo la energía de la tierra sube por sus piés, llenando todo su cuerpo con luz y energía.

Imagine esta energía fluyendo de su mano derecha a la persona de su lado, llenándola de luz, paz y sanidad. Imagine la energía fluyendo por cada persona del círculo. Queremos compartir esta energía -dándola y recibéndola- y la bendición de cada persona en este círculo curativo. Ahora imagine esta energía fluyendo a todas las personas que están sufriendo en todo el mundo. Respire profundo y regrese a su refugio del alma por un momento. Sienta la paz, seguridad y energía de este espacio y llénese de ello. Respire profundo abra los ojos y observe a cada persona del círculo, apreciando sus dones. Sienta la conexión de amor y energía con cada persona. Pueden soltarse y recordar que su refugio siempre está allí para cuando quieran volver a él.(48)

b. Danzaterapia

Por qué la danza? La danza hace que las personas tomen consciencia de su cuerpo, incrementen la integración sensorial, el equilibrio, la coordinación, relajación y flexibilidad. Contribuye a mejorar el autoconcepto, la autoafirmación y espontaneidad, provocando alegría y placer y encauzando la agresividad. Danzar en grupo facilita el aprendizaje y la integración social; implica la adaptación, cooperación y comunicación de los individuos que danzan. (31)

Los objetivos de la danzaterapia son la construcción/reconstrucción de la imagen del cuerpo (muchas veces dañada en pacientes con AR) y la expresión simbólica del sujeto que aprende a sentir su cuerpo, seguir el flujo de sus experiencias sensoriomotrices y las asociaciones afectivas y mentales relacionadas y, muy importante, localizar en su cuerpo las somatizaciones e identificar su contenido. (31)

En las sesiones se pueden utilizar:

- Danzas espontáneas.
- Danzas étnicas, folclóricas o sociales introducidas por el terapeuta para que los/as pacientes aprendan a aprehender el espacio, a los otros/as y al grupo entero.
- Un trabajo de alerta y conscientización del cuerpo que tienda a fortalecer y flexibilizar músculos y articulaciones (por ejemplo utilizar algunos de los ejercicios enseñados en fisioterapia).(31)

La persona que dirige la terapia tiene que saber leer el lenguaje corporal de los pacientes para identificar los problemas e intervenir donde hace falta. Además debe estar consciente de que la transferencia y contratransferencia son parte de la danzaterapia para poder comunicarse con los/as pacientes con movimientos o verbalmente.(31)

Considerando que los/as pacientes con AR tienen dificultad para expresar sus sentimientos, tienden a la inhibición y a la hostilidad, para las intervenciones psiquiátricas terapéuticas es viable utilizar una modalidad de la psicoterapia creada por Eric Berne, el Análisis Transaccional (AT), asociado a la terapia Gestalt de Fritz Perls. En pacientes con enfermedades psicosomáticas, esta combinación ha dado buenos resultados en un tiempo corto de terapia y con menos deserción de los/as pacientes.

En la terapia Gestalt se establece desde el inicio un *contrato terapéutico* o sea, se establece un objetivo claro. Cada paciente tiene un contrato del que es responsable y el resto del grupo le ayuda a cumplirlo. Se espera que todos/as hablen e intercambien ideas en cada sesión; si no lo hacen espontáneamente, son invitados a intervenir y a hablar del estado de su contrato. También se asignan *deberes* para realizar entre cada sesión (tomar la medicina, hablar con una persona extraña, realizar ejercicios de relajación en casa).(10)

Cuando un contrato se ha realizado, se establece el siguiente y al cumplirlos todos, la terapia termina. En nuestro caso, por el corto tiempo del tratamiento, hay que limitar el número de contratos a efectuar, pero si la persona continúa mal al final del programa, sería indicado su seguimiento en el Hospital de Psiquiatría.

Los principios de la terapia Gestalt son:

- i. Tratar con lo evidente, con la más concreta expresión de la conducta *aquí y ahora*, y no con lo inconsciente. Aprender a estar *aquí y ahora* puede ser curativo.
- ii. Olvidar el "por qué" de los síntomas y concentrarse en el "cómo". Un síntoma puede desaparecer en unos minutos -si es funcional- si el/la paciente describe cómo está, abandonando la mente y volviendo a los sentimientos.
- iii. El/la paciente permanece en contacto con sus emociones negativas y un diálogo con sus partes alienadas (en este caso habla a sus articulaciones, huesos, músculos...)
- iv. Las partes proyectadas más o menos son re-integradas a la personalidad total para permitir el desarrollo individual. (10)

3. Sugerencias de los/as pacientes

Al platicar con los/as pacientes en las reuniones mensuales y en la consulta externa acerca de la posibilidad de reunirse regularmente y contar con el apoyo de un psiquiatra y un fisioterapeuta, se entusiasmaron, especialmente los integrantes del club de pacientes con artritis reumatoide, que se reúne mensualmente organizado por Trabajo Social. El número de pacientes que asisten al club ha aumentado en estos dos meses y pasó de 26 a 40 en la última reunión.

Entre las sugerencias que dieron los/as pacientes para las reuniones están:

- a. Quienes trabajan quisieran que las reuniones fuesen en horas inhábiles para poder asistir o que se les brinde constancia de asistencia para presentar en su trabajo. (Quienes trabajan en maquilas indican que les resulta difícil obtener el permiso para asistir a sus citas y, peor aún para ir a las reuniones del grupo.).
- b. Solicitar un bus de la institución para transportar a quienes tienen dificultad de movilización y así, puedan asistir a las reuniones.
- c. Los/as pacientes que viven en el interior de la república sugieren que se den viáticos, pues son de escasos recursos económicos.
- d. La mayoría de pacientes indicó que es necesario que alguien les escuche, un profesional de la psiquiatría o de la psicología de preferencia pues se han dado cuenta de que los síntomas de la artritis empeoran cuando están tensos, preocupados o tristes y, por la edad en la que afecta la artritis, algunos viven solos y no tienen con quien hablar.

4. Recursos

Para poder realizar las sesiones se necesita:

a. Recursos físicos

- i.* Un salón amplio y tranquilo de preferencia
- ii.* Material educativo en caso necesario
- iii.* Retroproyector
- iv.* Proyector de transparencias
- v.* Una grabadora
- vi.* Música variada: para la danza y para relajación
- vii.* Sillas

b. Recursos humanos

- i.* Pacientes
- ii.* Psiquiatra
- iii.* Reumatólogo
- iv.* Trabajador/a Social
- v.* Fisioterapeuta
- vi.* Conferencistas (médicos, nutricionistas, otros pacientes, motivadores, etc.)

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

A. METODOLOGÍA

1. Tipo de Investigación

- a. Por el grado de aplicabilidad: aplicada
- b. Por el grado de profundidad: formulativa
- c. Por el enfoque metodológico: descriptiva
- d. Por el origen de los datos: mixta
- e. Por la duración del estudio: transversal
- f. Por el uso de la variable tiempo: sincrónica

2. Sujetos de estudio

Pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide que asistieron a la consulta externa de Reumatología del HGEC del IGSS y que aceptaron colaborar en el estudio, durante el período de agosto-septiembre de 2000.

a. Criterios de inclusión:

Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes con diagnóstico de AR que asistieron a la consulta externa de Reumatología del Hospital General de Enfermedad común y que aceptaron colaborar contestando las boletas de recolección de información.

b. Criterios de exclusión:

Pacientes que asistieron a la consulta externa de Reumatología del Hospital General de Enfermedad Común, pero que no tienen diagnóstico de AR; pacientes que con diagnóstico de AR no desearon colaborar con el estudio.

3. Población y muestra

Se tomó el universo: 100 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide que asistieron a la consulta externa de Reumatología del Hospital General de Enfermedad Común, durante el período de estudio.

4. Variables

- Variable Independiente: Niveles de depresión
- Variables Dependientes: Capacidad funcional y terapia grupal
Sexo y edad

DEFINICIÓN TEÓRICA		DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	ESCALA	PROCEDI MIENTOS	INSTRU MENTOS
CAPACIDAD FUNCIONAL	Niveles de operatividad de los pacientes con AR (2)	Grado de dificultad que tienen los pacientes con AR para realizar sus actividades diarias	Capacidad del paciente para realizar todas sus actividades por sí mismo/a	Intervalo	Entrevista estructurada (cuestionario)	Boleta de recolección de información
NIVELES DE DEPRESIÓN:	Grado de depresión según intensidad de signos y síntomas. (28)	Grado de intensidad con que la depresión se presenta en un paciente	Grado de afectación en el estado de ánimo, la concentración y síntomas somáticos que se determinan al momento de la entrevista	Ordinal	Entrevista estructurada (cuestionario)	Test de Zung ^R
TERAPIA DE GRUPO	Conj. De métodos y técnicas terapéuticas para promover la participación de un grupo de personas (10).	Elaboración teórica de un programa de terapia adecuado a pacientes con artritis reumatoide que sea fácilmente aplicable en la práctica	Conjunto de teorías y procedimientos psicoterapéuticos aplicados a un grupo de ptes. Que comparten experiencias vitales	Nominal	Programa de terapia de grupo para pacientes con artritis reumatoide	Programa de terapia de grupo para pacientes con artritis reumatoide
SEXO	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer(11)	Género masculino o femenino del/la paciente	Características psicosexuales masculinas o femeninas	Nominal	Entrevista estructurada (cuestionario)	Boleta de recolección de información
EDAD	Tiempo que un ser ha vivido (11)	Tiempo cronológico vivido por un sujeto	Número de años que un sujeto ha vivido	Intervalo	Entrevista estructurada (cuestionario)	Boleta de recolección de información

5. Ejecución de la investigación

a. Captación de la información:

La captación de la información se realizará en la Consulta Externa del Hospital General de Enfermedad Común del IGSS de la siguiente manera:

Los reumatólogos de la consulta externa remitieron a los/as pacientes con diagnóstico de AR a una clínica de la consulta externa en donde se les leyó y

explicó los cuestionarios. Los/as pacientes que estaban en capacidad de leer y escribir (algunos no llevaron sus lentes o se les dificultó tomar el lapicero), anotaron sus respuestas. En caso contrario, se anotaron las respuestas que ellos dieron. Se llevó anotación de las razones y del número de pacientes que no quisieron responder el cuestionario.

Durante la captación de la información y las sesiones mensuales, se escucharon las sugerencias de los pacientes y se incorporaron al Programa de Terapia de grupo para pacientes con artritis reumatoide que se propone, el cuál fue elaborado basado en los fundamentos teóricos de diferentes autores, adaptado a los pacientes del grupo, a sus intereses, sugerencias y a los recursos de la institución para que pueda ser aplicado en el futuro.

b. Aspectos éticos:

Se le informó a los/as pacientes que la información es confidencial, por lo que no se anotaron nombres y no se divulgarán los resultados. Se respetó la decisión de los pacientes que no desearon participar en el estudio. Algunos/as pacientes quisieron saber el resultado del test de depresión por lo que voluntariamente anotaron sus nombres. El resultado se los dará el reumatólogo que les atiende en su próxima cita en la consulta externa.

6. Forma de presentación y tipo de tratamiento estadístico

La información obtenida se presenta en forma de cuadros. Las boletas de recolección de información se entregaron a cada paciente juntas para poder establecer la relación entre los datos de ambas. El análisis de los datos obtenidos se realizó con pruebas de asociación estadística, por medio de proporciones.

El test de Zung, específico para determinar los niveles de depresión de los/as pacientes, se calificó de acuerdo a la forma establecida en dicho instrumento.

La boleta de recolección de datos se calificó de la siguiente forma: Las primeras cuatro preguntas evalúan la capacidad funcional de los/as pacientes con AR; las siguientes cinco preguntas evalúan el deseo de participación y el conocimiento de las terapias de grupo y la última evalúa la forma en que el/la paciente mira su enfermedad en relación con su vida diaria.

7. Alcances y limitaciones:

En relación a lo planificado dentro de la investigación, se utilizaron los instrumentos de recolección propuestos, no hubo problemas al trabajarlos y al tener los resultados, se identificó un psiquiatra de la institución que está dispuesto a trabajar con los pacientes, principalmente con los que están deprimidos. La mayoría de pacientes se mostró dispuesto a colaborar y a participar en el

programa de terapia grupal. Algunos solicitaron el resultado del Test de Zung, así que dieron su nombre y así se localizará a quienes estén deprimidos para organizar el grupo con el psiquiatra. Incluso quienes no presentaron depresión refieren interés en participar en dicho grupo.

Entre las limitantes se encontró falta de colaboración por parte de algunos pacientes ya que, aunque se pretendía cubrir el universo durante el período de investigación (N=100), no se logró pues ocho pacientes no colaboraron contestando la boleta de recolección de datos; siete de ellos/as explicaron que debían regresar a su trabajo inmediatamente y una paciente empezó a contestar, pero sólo contestó tres preguntas y no quiso seguir contestando más, sin explicar las razones de su negativa.

B. RECURSOS

1. Materiales físicos:

- a. Computadora e impresora
- b. Papel bond para impresora
- c. Tinta
- d. Energía eléctrica
- e. Boletas de recolección de datos
- f. Lapiceros
- g. Escritorio y sillas

2. HUMANOS

Entrevistadora y pacientes que participaron en el estudio.

3. ECONÓMICOS:

- a. Energía eléctrica por uso de computadora: Q250.00
- b. Uso de Internet: Q250.00
- c. Tinta para impresora: \$ 45.00
- d. Papel bond para impresora: Q 70.00
- e. Fotocopias (de documetos y boletas): Q 90.00

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la investigación, en forma de cuadros estadísticos junto a su correspondiente explicación.

CUADRO # 1
RELACIÓN ENTRE NIVELES DE DEPRESIÓN Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES
CON ARTRITIS REUMATOIDE
 Departamento de Medicina Interna: Reumatología, Período agosto-septiembre 2000, Hospital General de Enfermedad Común -IGSS

CAPACIDAD FUNCIONAL	NIVELES DE DEPRESIÓN								TOTAL	
	0		1		2		3			
	F	%	f	%	F	%	F	%	F	%
I	22	61.11	9	25	4	11.11	1	2.78	36	100
II	15	57.69	4	15.38	4	15.38	3	11.54	26	100
III	9	34.62	11	42.31	4	15.38	2	7.69	26	100
IV	2	50	1	25	1	25	0	0	4	100
TOTAL	48	52.17	25	27.17	13	14.13	6	6.52	92	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

NOTA: Ocho personas no quisieron colaborar respondiendo la boleta de recolección de datos (N=100)

Interpretación de la Codificación

I= Sin restricción para realizar todas las actividades diarias

II= Restricción moderada para realizar las actividades diaria

III= Restricción notable, incapacidad para realizar casi todas las actividades diarias

IV= Incapacidad con confinamiento a silla de ruedas o cama

0= Sin depresión

1= Depresión leve

2= Depresión moderada

3= Depresión severa

En este cuadro se observa que el 47.83 % de la población con artritis reumatoide presenta algún grado de depresión, predominando la depresión leve con 27.17% de casos, seguida por la depresión moderada con 14.13% de casos y la depresión severa con 6.52% de casos. Los/as pacientes con capacidad funcional III fueron quienes presentaron mayor incidencia de depresión respecto a los otros grupos, pues el 65.38% presenta depresión y de este porcentaje, 42.31% tiene depresión leve. En el grupo de pacientes con capacidad funcional II se encuentra la mayoría de pacientes con depresión severa (11.54%). Del grupo de pacientes con clase funcional I, la mayoría (61.11%) no presenta depresión.

CUADRO # 2
NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN EDAD
EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE
 Departamento de Medicina Interna: Reumatología, Período agosto-septiembre 2000, Hospital General de Enfermedad Común -IGSS

NIVELES DE DEPRESIÓN	EDAD										TOTAL	
	<25-35 años		36-45 años		46-55 años		56-65 años		66-75 y + años			
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%	F	%
0	5	5.43	9	9.78	22	23.92	8	8.70	4	4.35	48	52.17
1	2	2.18	7	7.61	12	13.04	4	4.35	0	0	25	27.17
2	1	1.09	2	2.18	5	5.43	4	4.35	1	1.09	13	14.13
3	0	0	0	0	1	1.09	5	5.43	0	0	6	6.52
TOTAL	8	8.70	18	19.56	40	43.48	21	22.83	5	5.43	92	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

NOTA: Ocho personas no quisieron colaborar respondiendo la boleta de recolección de datos (N=100)

Interpretación de la Codificación

- 0= Sin depresión
- 1= Depresión leve
- 2= Depresión moderada
- 3= Depresión severa

El grupo de edad más afectado por la Artritis Reumatoide es el de 46 a 55 años, siendo este grupo de edad el que más se encontró sin depresión (23.92%). El otro grupo de edad más afectado es el de 56 a 65 años, en donde 14.13 % de los pacientes presentan depresión, siendo ésta severa en el 5.43% de los casos.

CUADRO # 3
NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN SEXO
EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE
 Departamento de Medicina Interna: Reumatología, Período agosto-septiembre 2000, Hospital General de Enfermedad Común -IGSS

NIVELES DE DEPRESIÓN	SEXO				TOTAL	
	M		F			
	F	%	f	%	F	%
0	10	10.87	38	41.30	48	52.17
1	2	2.18	23	25	25	27.17
2	1	1.09	12	13.04	13	14.13
3	0	0	6	6.52	6	6.52
TOTAL	13	14.13	79	85.87	92	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

NOTA: Ocho personas no quisieron colaborar respondiendo la boleta de recolección de datos (N=100)

Interpretación de la Codificación

0= Sin depresión
 1= Depresión leve
 2= Depresión moderada
 3= Depresión severa

Tal como lo indica la literatura, la artritis reumatoide se presenta con más frecuencia en el sexo femenino. (85.87%). Del total de la población, 44.57% de pacientes presentan depresión y pertenecen al sexo femenino. De los casos detectados con depresión severa, el total pertenece también al sexo femenino.

CUADRO # 4**CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES ACERCA DE LOS GRUPOS DE TERAPIA PARA ARTRITIS REUMATOIDE (AR)**

Departamento de Medicina Interna: Reumatología, Período agosto-septiembre 2000, Hospital General de Enfermedad Común -IGSS

ENUNCIADOS	SÍ		NO		TOTAL	
	f	%	F	%	F	%
ASISTE REGULARMENTE A LAS REUNIONES MENSUALES ORGANIZADAS POR TRABAJO SOCIAL	26	28.26	66	71.74	92	100
LE INTERESA PARTICIPAR DURANTE 7 SEMANAS EN UN GRUPO DE TERAPIA PARA PACIENTES CON AR	72	78.26	20	21.74	92	100
TIENE CONOCIMIENTO DE QUE LOS GRUPOS DE TERAPIA AYUDAN A SENTIRSE MEJOR	76	82.61	16	17.39	92	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

NOTA: Ocho personas no quisieron colaborar respondiendo la boleta de recolección de datos (N=100)

De los 66 pacientes que no asisten a las reuniones, 11 de ellos no tenían conocimiento de las mismas, 37 no tienen tiempo (no les dan permiso en su trabajo), a 10 de ellos les cuesta movilizarse, 7 viven fuera de la capital (y no tienen suficientes recursos económicos para pagar pasajes) y a una paciente no le interesa participar en las reuniones.

CUADRO # 5**RELACIÓN ENTRE LA EVALUACIÓN DE LA FORMA EN QUE AFECTA A LOS PACIENTES LA ARTRITIS REUMATOIDE EN SU VIDA DIARIA Y NIVELES DE DEPRESIÓN**

Departamento de Medicina Interna: Reumatología, Período agosto-septiembre 2000, Hospital General de Enfermedad Común -IGSS

EVALUACIÓN	NIVELES DE DEPRESIÓN								TOTAL	
	0		1		2		3			
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%
MUY BIEN	6	75	0	0	2	25	0	0	8	100
BIEN	22	70.97	7	22.51	1	3.22	1	3.22	31	100
REGULAR	21	46.67	13	28.89	8	17.78	3	6.67	45	100
MAL	0	0	3	42.86	2	28.57	2	28.57	7	100
MUY MAL	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

NOTA: Ocho personas no quisieron colaborar respondiendo la boleta de recolección de datos (N=100)

Interpretación de la Codificación

- 0= Sin depresión
- 1= Depresión leve
- 2= Depresión moderada
- 3= Depresión severa

De los/as pacientes quienes indican sentirse muy bien respecto a la forma en que la artritis afecta su vida diaria, el 75% no presenta depresión. El 70.97% de pacientes sin depresión indican sentirse bien. 46.67% de pacientes que indican sentirse regular no tienen depresión y 28.89% presentan depresión leve. De quienes indicaron sentirse mal, 48.86% presenta depresión leve y la única paciente que indicó sentirse muy mal respecto a la forma en que la artritis afecta su vida, no tuvo depresión.

CUADRO # 6

RELACIÓN ENTRE LA EVALUACIÓN DE LA FORMA EN QUE AFECTA A LOS PACIENTES LA ARTRITIS REUMATOIDE EN SU VIDA DIARIA Y CAPACIDAD FUNCIONAL
 Departamento de Medicina Interna: Reumatología, Período agosto-septiembre 2000, Hospital General de Enfermedad Común -IGSS

EVALUACIÓN	CAPACIDAD FUNCIONAL								TOTAL	
	I		II		III		IV		F	%
	f	%	f	%	F	%	f	%	F	%
MUY BIEN	4	50	1	12.50	2	25	1	12.50	8	100
BIEN	16	51.61	9	29.03	4	12.90	2	6.45	31	100
REGULAR	13	28.89	16	35.55	15	33.33	1	2.22	45	100
MAL	2	28.57	0	0	5	71.43	0	0	7	100
MUY MAL	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100
TOTAL	36	39.13	26	28.26	26	28.26	4	4.35	92	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

NOTA: Ocho personas no quisieron colaborar respondiendo la boleta de recolección de datos (N=100)

Interpretación de la Codificación

- I= Sin restricción para realizar todas las actividades diarias
- II= Restricción moderada para realizar las actividades diarias
- III= Restricción notable, incapacidad para realizar casi todas las actividades diarias
- IV= Incapacidad con confinamiento a silla de ruedas o cama

Del 100% de pacientes que refieren sentirse muy bien en relación a la forma en que les afecta la artritis en su vida diaria, 50% presentan capacidad funcional I. También presentan capacidad funcional I el 51.61% de pacientes que refieren sentirse bien. De los pacientes que indican sentirse regular, el 35.55% presenta capacidad funcional II y el 33.33%, capacidad funcional III. Quienes refieren sentirse mal respecto a la afectación de la artritis en su vida diaria, el 71.43% presenta capacidad funcional III y la única paciente que indicó sentirse muy mal, tiene capacidad funcional I.

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el cuadro número uno se relacionan los niveles de depresión con la capacidad funcional de los pacientes. La capacidad funcional es el grado en que la artritis reumatoide ha llegado a impedir las actividades diarias de los enfermos. Una capacidad III o IV indicaría que la persona ya tiene tiempo conviviendo con la enfermedad y debería estar acostumbrada a ella, por lo que habría menor incidencia de depresión y menos depresión moderada o severa en este grupo. Pero son estos pacientes quienes más limitaciones tienen para realizar sus actividades diarias, necesitando incluso ayuda para vestirse o bañarse. La mayoría de pacientes con capacidad funcional III (65.38%), presenta algún grado de depresión.

Al platicar con los/as pacientes, la mayoría relacionó los eventos estresantes con una recaída de la enfermedad. Al observarlos durante el tiempo que duró el trabajo de campo, se pudo notar que cuando consultaban por una crisis de la enfermedad orgánica, había un evento estresante previo, y al evaluar el test de Zung se observó mayor frecuencia de depresión en estos pacientes. Al observarlos días después de haberse acostumbrado al evento estresante y a la crisis, su actitud era distinta. Eso apoya las teorías de diversos investigadores en psiconeuroinmunología, quienes estudian la enfermedad como una interacción de diversos factores (incluidos la genética, el aprendizaje, la personalidad -teoría biopsicosocial-) entre los cuales, los eventos estresantes y las emociones que éstos desencadenan tienen influencia en el apareamiento o empeoramiento de una enfermedad. (10, 21, 36, 37, 46)

Los/as pacientes con capacidad funcional IV fueron el grupo que presentó menos depresión según la clase funcional. Dos pacientes con grado IV demostraron una actitud positiva y emprendedora hacia la vida y la enfermedad. Esto indica que a pesar de que éstos pacientes tienen algún grado de incapacidad, sus mecanismos de adaptación les han permitido convivir con la enfermedad de forma positiva.

De los/as pacientes con capacidad funcional II, el 42.31% presentó algún grado de depresión y todas fueron pacientes del sexo femenino. El 11.54% de este grupo evidenció depresión severa y 15.38%, depresión moderada.

De quienes presentan capacidad funcional I, 38.89% tiene depresión concomitante. Esto indica que no es únicamente el grado de incapacidad secundaria a la artritis reumatoide lo que determina el nivel de depresión de los/as pacientes. El hecho de saber que tienen una enfermedad que habitualmente es progresiva y crónica, que sólo es controlable, pero no curable y que puede llegar a ser incapacitante, implica una carga emocional fuerte para cualquier persona, y si sus mecanismos de adaptación no son suficientes o no los ha elaborado, puede presentar depresión. También influye el sexo (sabemos que es prevalente en el femenino), la personalidad previa y los eventos sociales estresantes que podrían provocar recaídas y al desencadenar dolor, hacer sentir peor al paciente.(12,17,23,35)

En total, 47.83% de la población atendida por artritis reumatoide en el Hospital General de Enfermedad Común del IGSS, presenta algún grado de depresión. Una investigación realizada en el Hospital Roosevelt detectó que el 37% de pacientes con enfermedades crónicas padecen depresión asociada y enmascarada. Esto podría explicar los dolores crónicos que no ceden ante medicamentos y la sensación de malestar que algunos pacientes evidencian, ya que el dolor y las molestias somáticas inespecíficas aumentan con la depresión.y son parte del cuadro clínico de la misma (5,9, 23, 29,32)

En el cuadro número dos se observa que el mayor número de pacientes con artritis reumatoide se concentra en los grupos de edad de 46-55 años (43.48%) y de 56-65 años (22.83%). La literatura indica que la edad predominante a la que se inicia la artritis reumatoide es entre 40 y 60 años. La edad que se tomó para el estudio fue la edad cronológica de los/as pacientes, pero la mayoría de ellos tienen ya varios años de padecer la enfermedad. Según datos reportados por los reumatólogos, un tercio de la población atendida en la clínica de dicha especialidad, son pacientes jubilados. En relación a la depresión, los datos no coinciden totalmente ya que la literatura señala que su incidencia a lo largo de la vida es de 36% y es mayor en el grupo de edad entre 20-40 años, disminuyendo a partir de los 65. En el estudio se encontró que los grupos de edad con mayor frecuencia de depresión fueron el de 46-55 años (19.56%) y el de 56-65 años (14.13 %), siendo este último grupo en donde se presentó el mayor número de pacientes con depresión severa (5.43%). (2,9,23)

Tanto en artritis como en depresión, predominan las pacientes de sexo femenino, tal como se evidencia en el cuadro número tres. Esto coincide con la literatura pues señala que en la artritis reumatoide predomina el sexo femenino con una relación 4:1 (en este caso es de 6:1) y lo mismo sucede con la depresión. Es interesante notar que, aunque la mayoría de la población atendida en el IGSS pertenece a la clase trabajadora y por lo tanto, hay mayor cantidad de pacientes del sexo masculino, el factor genético juega un papel muy importante en la artritis reumatoide ya que sólo 14.13% de los pacientes que participaron en el estudio, pertenecen al sexo masculino. Por la misma razón de trabajar con una población predominantemente femenina (85.87%), los resultados para depresión podrían haberse polarizado hacia ese mismo sexo en una relación de 14:1. (2,9,23)

En el cuadro número cuatro se observa el conocimiento de los/as pacientes hacia el grupo de terapia mensual llamado "Club de pacientes con artritis" organizado por reumatólogos, con la colaboración de trabajo social y su deseo de participar en reuniones de terapia grupal específicas para ellos y su enfermedad. Sólo el 28.26% de los pacientes asiste a las reuniones mensuales pues el restante 71.74 % explica que no tenía conocimiento de las reuniones, no le dan tiempo en el trabajo, le cuesta movilizarse y a una paciente no le interesa participar. Al 78.26% de los/as pacientes les interesaría participar en los grupos de terapia propuestos en este estudio y el 21.74 % al que no le interesa, es por las mismas razones expuestas por los pacientes que no asisten a las reuniones mensuales. Aún sin haberse documentado, el 82.61 % de pacientes sabe acerca de los beneficios de participar en terapias grupales pues dicen que allí los comprenden y escuchan ya que todos los participantes sufren la misma enfermedad y entienden su sufrimiento y sus conflictos.

La literatura explica que los grupos de terapia y autoapoyo ayudan a los/as pacientes con artritis a superar los sentimientos de dependencia e inadecuación que surgen como consecuencia de la enfermedad, al compartir todos lo mismo, se sienten apoyados y entre las terapias utilizadas para pacientes con cáncer, la de grupo fue la más efectiva. Se han organizado diversos grupos para pacientes con artritis reumatoide en varios países y han tenido muy buenos resultados. Después de una intervención de seis semanas un grupo de pacientes presentó mejor control de la enfermedad incluso cinco años después del tratamiento. (6, 9,1,27,29,32,33, 36, 41)

En el cuadro número cinco se relaciona la evaluación que los pacientes hacen de la artritis en relación con su vida diaria y los niveles de depresión. Esta es una apreciación subjetiva por parte de los/as pacientes, pero se esperaría que a mayor depresión, peor será la forma en que los pacientes evalúen la artritis. Así, de los/as pacientes que indicaron sentirse muy bien en relación a la afectación de la artritis en su vida diaria, el 75% no tiene depresión. De quienes dicen sentirse bien, 70.97% no tiene depresión y 22.51% tiene depresión leve. Quienes se sienten regular, presentan los tres niveles de depresión en un 53.33%; de este mismo grupo el 46.67% de los/as pacientes no presentan depresión. Los/as pacientes que indican sentirse mal, presentan depresión en los tres niveles y la única paciente que indicó sentirse muy mal no presenta depresión.

En el cuadro número seis se relaciona de nuevo la evaluación que los pacientes hacen de la artritis en relación con su vida diaria, pero esta vez con la capacidad funcional de los mismos. Así, tenemos que el 50% de pacientes que presentan capacidad funcional I, se evalúan muy bien en relación con la artritis, 51.61% con capacidad funcional I y 29.03% con capacidad funcional II se evalúan bien; 35.55% con capacidad funcional II y 33.33% con capacidad funcional III se evalúan en la categoría regular y 71.43% con capacidad funcional III se evalúa mal. La única paciente que se evalúa muy mal tiene clase funcional I.

En los cuadros cinco y seis se evidencia de nuevo la dificultad de explicar qué va primero. Debido a la complejidad del ser humano como ser biopsicosocial, no se puede deslindar un aspecto del otro. Todo va concatenado. Alguien con capacidad funcional I, sin depresión pero con baja tolerancia al dolor puede evaluarse regular o mal. Alguien con un buen sistema de creencias, amor propio y seguridad, puede autoevaluarse bien o muy bien teniendo clase funcional IV y estando confinada a silla de ruedas. Alguien a quien recientemente le han diagnosticado la enfermedad, puede sentirse mal o muy mal y presentar depresión aunque tenga capacidad funcional I. Por eso en la literatura se insiste en estudiar a los/as pacientes integralmente y darles el tratamiento necesario, para la enfermedad base, como el apoyo psicológico, emocional y farmacológico, si fuese necesario dependiendo de su situación. Que las emociones influyen en el sistema inmunológico y pueden llegar a causar enfermedades o recaídas, es un hecho que ha sido estudiado en múltiples ocasiones. (5,35,36,37)

Los grupos de autoapoyo son invaluable para ayudar a los pacientes con enfermedades crónicas ya que los pacientes que ya son veteranos de la enfermedad pueden ayudar a los recién diagnosticados a sentirse mejor, además el hecho de ayudar a otras personas es terapéutico para los propios pacientes pues ayuda a vencer la idea de inutilidad que afecta a muchos de ellos. (6,13,42)

La artritis es considerada el prototipo de las enfermedades psicosomáticas, y en este caso no sabemos si los pacientes que presentan depresión ya la padecían antes de ser diagnosticados de artritis reumatoide, o esta se presentó secundaria a la enfermedad crónica. De cualquier forma, la mejoría que representan las intervenciones terapéuticas psicológicas en la vida de los pacientes, en el número de hospitalizaciones, en el sistema inmune y la disminución de recaídas ha sido estudiada y comprobada en múltiples estudios. (17,38,39)

IX. CONCLUSIONES

1. De 100 pacientes con artritis reumatoide que asistieron a la consulta externa de reumatología del Hospital general de enfermedad común del IGSS durante el período de agosto-septiembre de 2000, 92 participaron en el presente estudio. De estos pacientes, 47.83% presentan depresión. En este grupo, se detectó un 27.17% de pacientes con depresión leve, 14.13% con depresión moderada y 6.52 % con depresión severa. En relación con la capacidad funcional de los/as pacientes participantes en el estudio y el nivel de depresión, los pacientes con capacidad funcional III fueron quienes presentaron mayor incidencia de depresión (65.38%) y los pacientes con capacidad funcional I pertenecen al grupo en el cual se encontró la mayoría de pacientes sin depresión 61.11% (22 pacientes).
2. El sexo femenino es el que predomina entre los pacientes con artritis reumatoide, en una proporción de 6:1. Respecto a la depresión se presenta en el 85.87 % de pacientes femeninas en una proporción de 14:1. La literatura indica que tanto la depresión como la artritis reumatoide son enfermedades que predominan en el sexo femenino. Los grupos de edad mas afectados fueron de 46 a 55 años y de 56 a 65 años, tal como lo indica la literatura para la artritis reumatoide , no así para la depresión pues ésta disminuye a partir de los 65 años y se presenta más entre los 20 y 40 años.
3. De los pacientes que participaron en el estudio, 78.26% mostró interés en integrarse a un grupo de terapia que les brinde orientación para enfrentar mejor su enfermedad, apoyo psiquiátrico, fisioterapia, intercambio de experiencias y auto-apoyo entre los mismos participantes. Los pacientes que regularmente no asisten al "Club de pacientes con artritis reumatoide" (71.74%) indican problemas de movilización, vivir fuera de la ciudad, no tener conocimiento de las reuniones o tener dificultad de tiempo por el trabajo ya que no les autorizan permisos con facilidad, como causa de su inasistencia a dichas reuniones. Sólo una paciente indicó no querer participar. El 82.61% de pacientes sabe que los grupos de apoyo les ayudan a sentirse mejor y a evitar recaídas.

4. Los pacientes han asociado las recaídas en su enfermedad orgánica con eventos estresantes como duelo, violencia, problemas laborales, familiares o económicos que les terminan provocando tristeza, insomnio, apatía y desesperanza, que son algunas manifestaciones de depresión.

X. RECOMENDACIONES

1. Promover la creación de un grupo de apoyo terapéutico que cuente con la participación regular de un psiquiatra, una trabajadora social y un fisioterapeuta para dar un tratamiento integral a los/as pacientes con artritis reumatoide, el cual debe contemplar tanto la enfermedad orgánica como los problemas psicológicos y afectivos para que los pacientes tengan menos recaídas en su enfermedad, disminuyan los ingresos al hospital y sobre todo, que tengan una mejor calidad de vida.
2. Dar tratamiento farmacológico y psicoterapéutico inmediato a los/as pacientes, principalmente a quienes presentan depresión severa, si están dispuestos/as a recibirlo.
3. La OMS ha estimado que la población con niveles de depresión continuará en aumento y la psiconeuroinmunología ha asociado las perturbaciones emocionales con diversas enfermedades (incluyendo las autoinmunes y el cáncer). Por lo tanto, es necesario educar a la población acerca de la depresión, que no es simple "tristeza" ni "pereza", para darle un tratamiento adecuado y también dar salud mental preventiva enseñando a la población a enfrentar los eventos estresantes cada vez más comunes, de forma constructiva. Poner en práctica un programa de educación en Salud Mental, a nivel nacional es urgente. Siempre, es mejor prevenir.
4. Es necesario, como médicos/as, escuchar a la persona que nos consulta, pues a veces sus dolores son dolores del alma y no se calman con medicamentos. Al escuchar y conocer a los/as pacientes, se estará en capacidad de saber cuándo tiene recaídas debido a eventos estresantes o perturbaciones emocionales para referirlo con un profesional de la psiquiatría. No es suficiente con recetar un antidepresivo. Hay que descubrir la razón de la depresión y guiar al paciente para enfrentar la situación de una forma constructiva.

5. Sería recomendable que tanto en el IGSS como en los hospitales nacionales, hubiese un psiquiatra permanente en la consulta externa, pues se atienden muchos pacientes con enfermedades crónicas, el volumen de pacientes atendido en estas instituciones es muy grande, los especialistas no pueden dedicarse a escuchar a todas las personas que consultan, y algunas de ellas necesitan urgentemente ser escuchadas e incluso tratadas con fármacos y psicoterapia.
6. Ya que se ha detectado la presencia de depresión en el grupo de pacientes con artritis reumatoide, y se ha observado que la depresión está presente en pacientes con clase funcional I, inclusive, se hace necesario plantear una solución al problema que es, además, uno de los objetivos de la presente investigación. Como producto de la investigación teórica y de campo, se presenta un programa de terapia grupal como propuesta para ser puesta en práctica con los pacientes que padecen artritis reumatoide y son atendidos en el Hospital General de Enfermedad común del IGSS. El programa se ha elaborado tomando en cuenta los métodos que pueden ayudar más a este grupo de pacientes, las sugerencias que los/as pacientes que participaron en el estudio sugirieron, y los recursos de la institución.

XI. RESUMEN

La depresión es una enfermedad que va en aumento cada año. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que para el año 2020, la depresión será la patología que causará mayor pérdida de vida saludable, sólo superada por enfermedades cardiovasculares. El diagnóstico y tratamiento de las alteraciones psicológicas y emocionales es esencial como parte del tratamiento de los pacientes con cualquier tipo de enfermedad.

La influencia de las emociones como parte de la etiología o al menos como cofactor en la aparición o el empeoramiento de las enfermedades ha sido comprobada en diversos estudios. La artritis reumatoide se caracteriza por bruscas recaídas, épocas estables y etiología desconocida. Por la influencia de los factores emocionales y psicológicos en esta enfermedad, se considera que es el prototipo de las enfermedades psicosomáticas.

Se realizó un estudio descriptivo transversal para establecer la relación entre los niveles de depresión y la capacidad funcional de los pacientes con artritis reumatoide que asistieron a la Consulta Externa de Reumatología del hospital General de enfermedad común del IGSS durante el período de agosto-septiembre de 2000.

Los pacientes asistentes a la clínica durante el período de estudio, colaboraron contestando la boleta de recolección de datos y el Test de Zung que evalúa el nivel de depresión. Del 100% de participantes, 47.83% presentan depresión. En este grupo, se detectó un 27.17% de pacientes con depresión leve, 14.13% con depresión moderada y 6.52 % con depresión severa. En relación con la capacidad funcional y el nivel de depresión, los pacientes con capacidad funcional III fueron quienes presentaron mayor incidencia de depresión (65.38%) y los pacientes con capacidad funcional I pertenecen al grupo en el cual se encontró la mayoría de pacientes sin depresión (61.11%). Los pacientes indicaron que sufren recaídas de la enfermedad orgánica al vivir eventos estresantes.

Las principales recomendaciones son organizar los grupos de terapia para pacientes con artiritis reumatoide, con los recursos disponibles para brindar una

atención integral a los pacientes, y dar educación preventiva a la población en general para prevenir el aumento de la depresión y de las enfermedades ligadas a la misma.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) 4^o Ed. APA. Washington: 1994. 327 pp
2. Arnett, F. et al. Artritis Reumatoide en Cecil. Tratado de Medicina Interna. 19^o ed. México: Interamericana-Mac Gaw-Hill, 1994. T2 p. 1755
3. Arriola Quintana, Claudia María. Síndrome depresivo en pacientes con Cáncer de cérvix: análisis comparativo del nivel de depresión en mujeres de 20-40 años y de 41-60 años. Tesis (Psicóloga) Universidad Rafael Landívar, Escuela de Psicología. Guatemala 1997
4. Blixen, C.E. et al. Depression, social support and quality of life in older adults with osteoarthritis. Image Nurs Sch. 1999 Mar; 31(3): 221-226
5. Casados, María. Boletín de la SEAS (sociedad española para el estudio de La ansiedad y el estrés) <http://www.UCM.Edu.es>
6. De Benedetto, N et al. Grupos de autoayuda: Una articulación posible para mi cuerpo, mi enfermedad y mi historia. Rev Arg. Reuma. 1993, May;4(5):155
7. De la Fuente, Ramón et al. Salud Mental en México. México: Fondo de Cultura Económica, 1997 pp.20-22
8. Devanand, DP et al. Depressed Mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly living in the Community. Arch Gen Psyc. 1996 feb; 53(2): 175-182
9. Díaz, a et al. Trastorno del estado de ánimo en El Manual del Residente de Psiquiatría. Madrid: Litofinter SA, 1997. Tomo 1 p.1031
10. Diez, Mariano. De la emoción a la lesión: estructura del proceso psicósomático. México: Trillas, 1988 p. 114
11. Diccionario Norma. Español. Ed. Norma Bogotá: 1992. 659 pp.
12. Escalante, A et al. How much disability in RA es explained by RA? Ar Rheum 1995 Aug; 42(8): 1712-21
13. Fawzy, I et al. Critical review of Psychosocial Interventions in Cancer care. Arch Gen Psyc. 1995 Feb; 52(2): 100-113
14. Fenichel, Otto. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos aires: Paidós, 1988 p.214

15. Gorman, J. SSRI's and SnaRI's: Broad spectrum of efficacy beyond mayor depression. J Clin Psych 1999 Apr;60(4): 33-38
16. Hays, R et al. Functioning and well-being outcomes of Patients with Depression compared with chronic general medical Illnesses. Arch Gen Psic 1995 Jan;52(1): 11-19
17. Hassan, T et al. Psiconeuroimunologia: aspectos biopsicosociais. J Bras Psiq. 1997 Feb; 46(2): 77-81
18. Hippus, H. St. John's wort (Hipericum perforatum): a herbal antidepressant. Curr Med Res and Op 1998 Jul-sept; 14(3): 171-182
19. Kaplan et al. Quality of well being in patients with fibromyalgia. J Rheum 2000 Mar; 27(3): 785-789
20. Kent, J et al. SnaRI's, NaSSA's and NaRI's: New agents for the treatment of depression. The Lancet 2000 Mar;355(3): 911-918
21. Kiecolt, JK et al. Psiconeuroimmunology: Can psychological intervention modulate immunity? J Consult Clin Psych 1992 apr; 60(4):569-575
22. Molina Martínez, Irma Leticia et al. Función de la psicoterapia en depresión de los pacientes tuberculosos del Hospital de Amatitlán. Tesis (Psicólogas) Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Psicología Guatemala, 1981 68 pp.
23. Murphy, M et al. Blueprints in Psychiatry. Washington: Blackwell Science, 1998 p 19 y 47
24. Musumeci, M et al. Toxicidad por metrotexato en Artritis reumatoide. Rev. Arg. Reuma 1993 May; 4(5): 136-138
25. Nagata, Shigekaza et al. The Fas death factor. Science 1997 March 3 267(3) p. 527-532
26. Nowakowska, E. et al. Inhibitory monoamine oxidases of the new generation. Pol Merkuriusz Lek 1997 Jul; 13(3):1-4
27. Odzak, JC. Enfermedades reumáticas: Valoración de las incapacidades laborativas. Rev Arg Reuma 1993 feb; 4(2): 39-41
28. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento: Revisión de la clasificación Internacional de las Enfermedades. CIE 10. 10^o Ed. Madrid: Meditor 1993. Capítulo V
29. Palmeira, G. Psique e câncer. J Bras Psiq 1997 Mar: 46(3): 157-162

30. Pérez, Sorayda Ofelia et al. Programa de apoyo a pacientes con artritis reumatoide que asisten al Hospital Roosevelt. Tesis (Psicólogos) Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela de Psicología. Guatemala, 1999.
31. Pinget-Muller, S. La terapia mediante la danza (danzaterapia) en Terapia Psicomotriz por Richard, J et al. Barcelona:Masson SA.,1996 p 153
32. Quintero Marroquín, OscarRolando. Depresión enmascarada en pacientes orgánicamente enfermos. Tesis (Médico y cirujano) Universidad Francisco Marroquín. Facultad de Medicina. Guatemala, 1990 54 pp.
33. Rieux-Laucat, F et al. Mutations in *Fas* (Apo 1 or CD95) associated with Human lymphoproliferative syndrome and Autoimmunity. Science. 1995 Jun 2: 268(6):1089-1092
34. Romi, JC. La sexualidad de los enfermos reumáticos. Rev Arg Reuma 1993 Abr.; 4(4): 92-94
35. Sánchez, JM et al. Trastornos psicósomáticos y somatización en El Manual del Residente de Psiquiatría. Madrid: Litofinter SA, 1997. Tomo 1 p.642
36. Santos, M. Iniciação à Psicoimunologia. Rev Bras Nerol e Psiq. 1997 Mar;1(1):27-31
37. Santos, M. Psiconeuroimunologia da carcinogênese clínica. Rev Bras Nerol e Psiq. 1997 Ago;1(2):83-87
38. Scharlon, M et al. Predicting functional status in patients with Rheumatoid Arthritis. J Rheum 199 Aug; 26(8):1686-1693
39. Scholten, C et al. Persistent functional and social benefit 5 years after a multidisciplinary arthritis training program. Arch Phys Med Rehab. 1999 Oct; 80(10):1282-1287
40. Stephen, J et al. Depression in patients with cancer. Arch Gen Psyc. 1995 Feb; 52(2): 89-99
41. Strusberg, R et al. Formación de grupos de ayuda mutua de pacientes con Artritis Reumatoide en Argentina. Rev Arg Reuma 1993 May: 4(5):155-158
42. Swindle, RW et al. Risk factors for sustained non remission of depressive symptoms. J Nerv Ment Dis 1998; 186:462-469
43. Thompson, C. Apoptosis in the pathogenesis and treatment of disease. Science. 1995 March 3; 267(3):511-517

44. Valle, J et al. Problemas psiquiátricos en el Hospital General: Complicaciones de trastornos somáticos. en El Manual del Residente de Psiquiatría. Madrid: Litofinter SA, 1997. Tomo 1 p.725
45. Valtysdottir, ST et al. Anxiety and depression in patients with primary Sjögren's syndrome. J Rheum. 2000 Jan; 27(1):165-169
46. Vuitton, DA et al. Psychoimmunology: a questionable model? Rev Med Int 1999 Oct; 20(10): 934-946
47. Weissmar, G et al. Mecanismos de lesión tisular en las enfermedades reumáticas en Cecil. Tratado de Medicina Interna. 19^o ed. México: Interamericana-Mac Gaw-Hill, 1994. T2 p. 174
48. Zelaya , V. y Mathes P. Manual de Capacitar: Guía para talleres. Santiago de Chile: Sin editorial, 1994. P.7-24

9. Tengo conocimiento de que los grupos de terapia ayudan a los/as pacientes con artritis a sentirse mejor, evitar recaídas y controlar la enfermedad.

SÍ NO

10. Considerando la forma en que le afecta la artritis en su vida diaria, cómo siente que le va?

Muy bien _____ Mal _____ Bien _____ Muy mal _____ Regular _____