

Relación entre sintomatología ansiosa depresiva, actividad de la enfermedad y nivel de discapacidad en pacientes con artritis reumatoide

Anne-Marie Chassin-Trubert ^{C1,2,*}, César Lillo ^{D2,a}, Stephanie Prieto ^{S2,b}, Pilar Carrasco ^{C2,c}, Ariel Castro ^{Ld}, Héctor Gatica ^{R1,2}, Francisca Bozán ^{P1,2}, Francisca Sabugo ^{S1,2}, Pamela Wurmman ^{K1,2}, Silvana Saavedra ^{G1,2}, Annelise Goecke ^{S1,2}.

¹Sección de Reumatología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

²Clínica de Reumatología Avanzada (CREA), Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

^aPsicólogo Clínico.

^bTerapeuta Ocupacional.

^cEnfermera Universitaria.

^dCoordinador de Estudios Clínicos y Asesor Metodológico de Investigación de la Oficina de Apoyo a la Investigación, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Relationship Between Anxious-Depressive Symptoms, Disease Activity, and Level of Disability in Patients with Rheumatoid Arthritis

RESUMEN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica que puede afectar los aspectos físicos y psicosociales de quienes la padecen. Es reconocida la coexistencia de AR y trastornos del ánimo, sin embargo, no existe una relación de causalidad completamente definida.

Objetivo: Relacionar la presencia de síntomas ansiosos depresivos con el nivel de actividad de la enfermedad y el grado de discapacidad en pacientes con AR. **Métodos:** Se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), el Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ), el Disease Activity Score-28 (DAS28), el Clinical Disease Activity Index (CDAI) y el Simplified Disease Activity (SDAI). Se utilizaron distintas pruebas estadísticas para determinar la relación entre las variables. **Resultados:** Se incluyeron 122 pacientes con AR y el 46% (n= 56) presentó síntomas de ansiedad y/o depresión. El DAS28 promedio en pacientes sin síntomas ansiosos depresivos fue 2.75 y en pacientes con síntomas ansiosos depresivos fue 4.33 ($p<0.001$). El SDAI promedio en pacientes sin síntomas ansiosos y depresivos fue 7.5 y en pacientes con síntomas ansiosos y/o depresivos fue 17 ($p<0.001$). El CDAI promedio en pacientes sin síntomas ansiosos y depresivos fue 7 y en pacientes con síntomas ansiosos y/o depresivos fue 15 ($p<0.001$). El HAQ promedio en pacientes sin síntomas ansiosos depresivos fue 0.29 y en pacientes con síntomas ansiosos depresivos fue 1.18 ($p<0.001$). **Conclusiones:** Cerca de la mitad de los pacientes presentó síntomas de depresión y/o ansiedad. La actividad de la AR fue significativamente más alta en los pacientes con síntomas de

*Correspondencia:

Anne-Marie Chassin-Trubert Contreras /
annechassin@gmail.com
Santa Beatriz 111, oficina 1107 Providencia,
Santiago, Chile.

Financiamiento: El trabajo no recibió financiamiento.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 27 de abril de 2025.
Aceptado: 18 de julio de 2025.

depresión y/o ansiedad, así como también el nivel de discapacidad.

Palabras clave: Ansiedad; Calidad de Vida; Depresión; Artritis reumatoide.

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic disease that can affect the physical and psychosocial aspects of those who suffer from it. The coexistence of RA and mood disorders is recognized; however, there is no fully defined causal relationship. **Aim:** To relate the presence of depressive anxiety symptoms with disease activity and level of disability in patients with RA. **Methods:** Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Health Assessment Questionnaire (HAQ), Disease Activity Score-28 (DAS28), Clinical Disease Activity Index (CDAI) and Simplified Disease Activity (SDAI) were applied. Different statistical tests were used to determine the relationship between the variables. **Results:** 122 patients with RA were studied and 46% (n=56) presented symptoms of anxiety and/or depression. The mean DAS28 in patients without anxious and depressive symptoms was 2.75 and in patients with anxious and depressive symptoms was 4.33 ($p < 0.001$). The mean SDAI in patients without anxious and depressive symptoms was 7.5 and in patients with anxious and/or depressive symptoms was 17 ($p < 0.001$). The mean CDAI in patients without anxious and depressive symptoms was 7 and in patients with anxious and/or depressive symptoms was 15 ($p < 0.001$). The mean HAQ in patients without anxious and depressive symptoms was 0.29 and the mean HAQ in patients with anxious and/or depressive symptoms was 1.18 ($p < 0.001$). **Conclusions:** About half of the patients with RA presented symptoms of depression and/or anxiety. Disease activity was significantly higher in patients with symptoms of depression and/or anxiety, as was the level of disability measured by HAQ.

Keywords: Anxiety; Depression; Quality of Life; Rheumatoid Arthritis.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica inflamatoria de origen autoinmune que afecta principalmente las articulaciones generando dolor, deformidades, discapacidad y deterioro de la calidad de vida con un impacto negativo tanto a nivel físico como psíquico.

En Chile, se estima una prevalencia de AR de 0,46%¹. De acuerdo a los registros de la Superintendencia de Salud, a nivel nacional hay 89.126 personas notificadas con AR a junio 2022, siendo 72.147 aseguradas al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y 16.979 a Instituciones de Salud Pre-

visional (ISAPRE), sin embargo, es probable que las cifras sean mayores, pues los registros se basan en la notificación realizada por un médico especialista, existiendo grandes listas de espera a nivel nacional. Desde el año 2007, la AR está incluida en la Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES) que garantiza el acceso oportuno y de calidad al diagnóstico y tratamiento como también la protección financiera tanto en prestadores públicos como privados de salud².

Es ampliamente conocida la alta prevalencia de comorbilidades en las personas con AR, entre

ellas, los trastornos de salud mental³. Actualmente, se estima que la depresión es la comorbilidad más frecuente en personas con AR, reportándose prevalencias que oscilan entre 14% y 48%^{4,5} y 25.1% para los trastornos ansiosos⁶. No está definido si existe una relación bidireccional de causalidad entre los trastornos ansioso depresivos y la AR.

Nuestra hipótesis de trabajo fue que los síntomas ansiosos y depresivos se relacionan positivamente con el nivel de actividad de la AR y el grado de discapacidad, siendo el objetivo principal de este estudio relacionar la presencia de síntomas ansiosos y depresivos con el nivel de actividad de la enfermedad y el grado de discapacidad en pacientes con AR. Los objetivos secundarios fueron analizar la concordancia de la evaluación clínica entre los distintos índices de actividad de la enfermedad para AR.

Métodos

Se realizó un estudio transversal de oportunidad en que de forma consecutiva se incluyeron pacientes al estudio. La población objetivo fueron pacientes mayores de 18 años, sin patología psiquiátrica diagnosticada y con diagnóstico de AR según los criterios del Colegio Americano de Reumatología 2010 que asistieron a control a la Sección de Reumatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre diciembre 2017 y diciembre 2018. Previo consentimiento informado, se recolectaron características demográficas de cada paciente y se les aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), el Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) y se midió el nivel de actividad de la AR mediante el Disease Activity Score-28 (DAS28), el Clinical Disease Activity Index (CDAI) y el Simplified Disease Activity (SDAI). El estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (proyecto número 947/18) respetándose las normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki.

Instrumentos de evaluación

1. HADS: instrumento que identifica síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad física sin patología psiquiátrica diagnosticada^{7,8}. Evalúa la presencia de

síntomas y su severidad a través de 14 ítems con 4 respuestas opcionales para cada uno de ellos. Está compuesta por 2 subescalas (ansiedad y depresión) de 7 ítems cada una con puntuaciones de 0 a 3. Los puntos de corte son: 8-10 puntos: síntomas leves, 11-14 puntos: síntomas moderados y >15 puntos: síntomas severos.

2. HAQ: cuestionario ampliamente utilizado en reumatología para evaluar el grado de discapacidad en pacientes con AR⁹. Está compuesto por 20 preguntas distribuidas en 8 categorías: vestirse/asearse, levantarse, comer, caminar, higiene, alcanzar, prensión y otras actividades. Cada área se valora en una escala de tipo Likert de 4 puntos donde 0 equivale a realizar la actividad sin dificultad y 3 no poder realizarla. El resultado final se determina con un puntaje que oscila entre 0 a 3, donde 0 equivale a "sin discapacidad" y 3 "máxima discapacidad".
3. Disease Activity Score-28 for Rheumatoid Arthritis (DAS28): índice compuesto que determina el grado de actividad de la enfermedad a través de varios parámetros utilizando una fórmula matemática¹⁰. Es el principal parámetro utilizado para establecer decisiones terapéuticas en AR. Para su cálculo, se valoran 28 articulaciones concretas, contándose el número de articulaciones dolorosas y el número de articulaciones tumefactas. A su vez, se incluye una valoración global del paciente mediante una escala visual analógica (0 a 100) y la velocidad de sedimentación globular (DAS28-VHS) o la proteína C reactiva (DAS28-PCR). Los resultados del algoritmo se distribuyen en una escala continua que va de 0 a 9.4, donde el nivel de actividad de la enfermedad se interpreta como DAS28: <2.6= en remisión; ≥ 2.6 hasta ≤ 3.2 = baja actividad; ≥ 3.2 y ≤ 5.1 = actividad moderada y >5.1= alta actividad.
4. Clinical Disease Activity Index (CDAI): índice clínico que permite valorar la actividad de la AR sin la necesidad de pruebas de laboratorio¹¹. Para su cálculo se realiza la suma

aritmética del número de articulaciones dolorosas y tumefactas (28 articulaciones), la evaluación global del paciente y la evaluación global del médico (medidas por una escala visual análoga de 0 a 10). Según la suma de estos 4 parámetros el CDAI se interpreta: $\leq 2,8$ = en remisión; $>2,8 - 10$: baja actividad; $>10 - 22$ = moderada actividad y >22 = alta actividad.

5. Simplified Disease Activity Index (SDAI): índice simplificado para valorar la actividad de la AR¹². Para su cálculo se realiza la suma aritmética del número de articulaciones dolorosas y tumefactas (28 articulaciones), la evaluación global del paciente y la evaluación global del médico (medidas por una escala visual análoga de 0 a 10) y la PCR. Según la suma de estos 5 parámetros, la puntuación resultante el SDAI se interpreta: $\leq 3,3$ = en remisión; $>3,3 - 11$ = baja actividad; $>11 - 26$ = moderada actividad y >26 = alta actividad.

Para las variables cuantitativas se aplicó una estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central (mediana) y medidas de dispersión (percentiles 25 y 75). Para las correlaciones se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Para las variables cualitativas se utilizó la prueba exacta de Fisher o Chi-cuadrado. Los datos fueron presentados en números absolutos y frecuencias relativas. Para la comparación entre los grupos se utilizó la prueba Kruskal-Wallis con comparaciones múltiples, debido a que las variables cuantitativas no siguieron distribución normal. Se estimó el Odd-Ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%) mediante una regresión logística bivariada. Para todas las pruebas se consideró significativo un p value $<5\%$. El análisis estadístico se realizó mediante el programa Stata v12.1.

Resultados

Se incluyeron 122 pacientes con diagnóstico de AR en el estudio. El 84.4% fueron mujeres y el promedio de edad fue 55 años. La mayoría tenía más de 5 años de evolución de la enfermedad, 59.8% estaba en tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FARMES) sintéticos y 38.5%

en terapia biológica. El 85.2% formaba parte de una institución de salud previsual privada (ISAPRE) y 14.5% al fondo nacional de salud público (FONASA). El 51.6% de los encuestados estaba laboralmente activo y las causas de inactividad laboral fueron: decisión personal (51%), jubilación por edad (29%), invalidez (15%), licencia médica (3%) y estudios (2%). En la tabla 1 se presenta la relación entre las características de la población y la sintomatología ansiosa y/o depresiva, siendo estadísticamente significativa la relación entre la previsión y la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva ($p=0.03$).

Síntomas de ansiedad y depresión

46% ($n=56$) presentó síntomas de ansiedad y/o depresión (Figura 1). De los pacientes que presentaron síntomas de depresión ($n=24$), 71% fueron síntomas leves, 21% moderados y 8% severos. De los pacientes que presentaron síntomas de ansiedad ($n=55$), 42% fueron síntomas leves, 40% moderados y 18% severos.

Nivel de actividad y discapacidad según síntomas ansiosos y depresivos

El DAS28 PCR, DAS28 VHS, CDAI y SDAI promedio en pacientes con síntomas ansiosos y depresivos fue más alto reflejando un mayor nivel de actividad de la AR respecto a los pacientes sin síntomas ansiosos y depresivos.

El HAQ promedio en pacientes con síntomas ansiosos y depresivos fue mayor, lo que determina un mayor nivel de discapacidad respecto a los pacientes sin síntomas ansiosos y depresivos. Para todas las relaciones las diferencias fueron estadísticamente significativas (Tabla 2).

De acuerdo a los datos expuestos en la tabla 3, fue mayor el porcentaje de pacientes en remisión en el grupo que no presentaba síntomas ansiosos y depresivos. A su vez, los pacientes con síntomas de ansiedad y depresión tuvieron mayor riesgo de presentar una AR activa (Tabla 4).

Entre los distintos métodos de medición de actividad utilizados (DAS28 PCR, DAS28 VHS, CDAI, SDAI) se determinó una correlación de acuerdo al coeficiente de correlación de Spearman el cual fue mayor a 0.8 para los distintos índices (Tabla 5).

Tabla 1. Características de la población y relación con la presencia de síntomas ansiosos y/o depresivos.

Características	Total	Sin síntomas de depresión ni de ansiedad	Con síntomas de depresión y/o de ansiedad	Sólo síntomas depresivos	Sólo Síntomas ansiosos	síntomas ansiosos y depresivos	p value
SEXO (n/%)							0.60
Mujer	103 (84.43)	54 (52.42)	49 (47.58)	1 (0.97)	29 (28.15)	19 (18.44)	
Hombre	19 (15.57)	12 (63.16)	7 (36.84)	0 (0)	3 (15.79)	4 (21.05)	
EDAD (años)							0.29
**p50 (p25 – p75)	55	55 (46 – 62)	54 (49 – 60)	58 (58 – 58)	54 (44 – 61)	54 (51 – 61)	
EVOLUCIÓN (n/%)							0.32
<1 – 5 años	46 (37.71)	19 (41.30)	27 (58.70)	0 (0)	16 (34.80)	11 (23.9)	
5 - 10 años	27 (22.13)	16 (59.26)	11(40.74)	0 (0)	5 (18.52)	6 (22.22)	
>10 años	49 (40.16)	31 (63.27)	18 (36.73)	1 (2.04)	11 (22.45)	6 (12.24)	
FARMES (n/%)							0.35
Sintético	73 (59.84)	37 (50.68)	36 (49.31)	1 (1.37)	23 (31.50)	12 (16.43)	
Biológico	47 (38.52)	28 (59.57)	19 (40.43)	0 (0)	8 (17.02)	11 (23.41)	
No	2 (1.64)	1 (50)	1 (50)	0 (0)	1 (50)	0 (0)	
PREVISIÓN (n/%)							0.03*
FONASA	18 (14.75)	5 (27.78)	13 (72.22)	0 (0)	6 (33.33)	7 (38.89)	
ISAPRE	104 (85.25)	61 (58.65)	43 (41.35)	1 (0.96)	26 (25)	16 (15.39)	
TRABAJO (n/%)							0.16
No	59 (48.36)	28 (47.46)	31 (52.54)	1 (1.70)	15 (25.42)	15 (25.42)	
Sí	63 (51.64)	38 (60.32)	25 (39.68)	0 (0)	17 (26.98)	8 (12.70)	
TOTAL	122 (100)	66 (54.10)	56 (45.90)	1 (0.82)	32 (26.23)	23 (18.85)	

*p value estadísticamente significativo. ** Se utilizó como medida de tendencia central el percentil (p) 50 y para medir la dispersión se utilizó el p25 y el p75, ya que el promedio de la desviación estándar no fue representativo del grupo. FARMES: fármacos modificadores de la enfermedad; FONASA: Fondo Nacional de Salud público; ISAPRE: Institución de Salud Previsional privada.

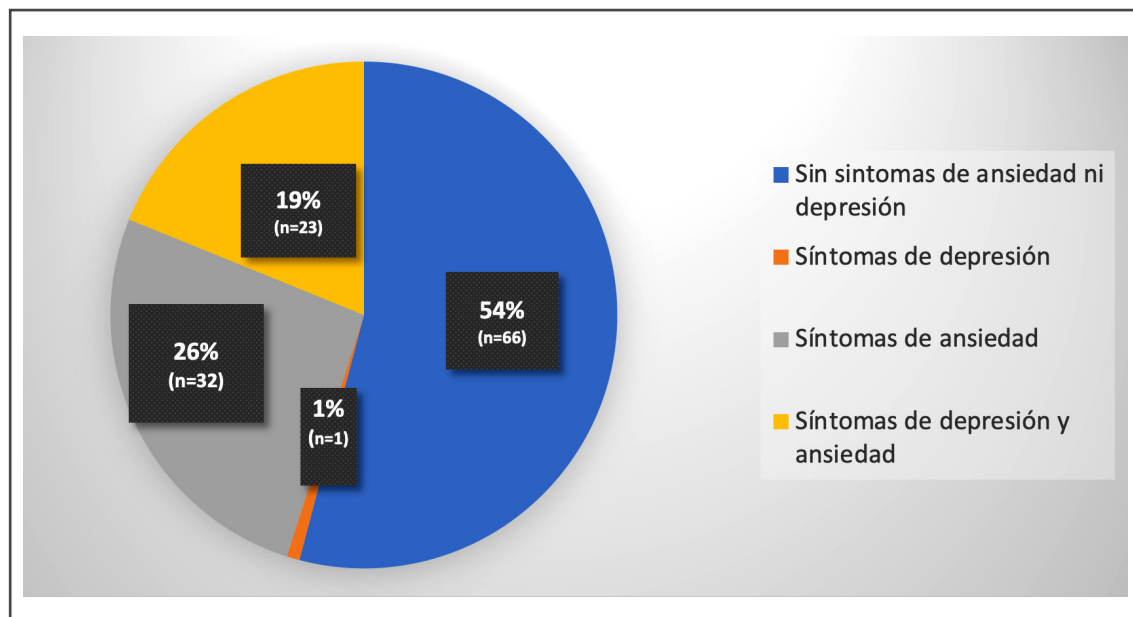


Figura 1: Síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con artritis reumatoide.

Tabla 2. Nivel de actividad de la AR y discapacidad según síntomas ansiosos y depresivos.

Puntaje p50**	Sin síntomas de depresión ni ansiedad	Síntomas depresivos	Síntomas ansiosos	Síntomas ansiosos y depresivos	p value
DAS28 PCR (p25-p75)	2.75 (2.02-3.68)	3.12 (3.12-3.12)	2.82 (2.31-4.85)	*4.13 (2.86-5.29)	*<0.001
DAS28 VHS (p25-p75)	2.75 (2.07-3.62)	2.64 (2.64-2.64)	3.04 (2.13-4.75)	*4.33 (3.06-5.71)	*<0.001
CDAI (p25-p75)	7 (2-13)	9 (9-9)	9.5 (3.5-24.5)	*15 (10-26)	*<0.001
SDAI (p25-p75)	7.5 (2.5-13.3)	10.4 (10.4-10.4)	10.25 (3.8-24.8)	*17 (10.5-28.1)	*<0.001
HAQ (p25-p75)	0.29 (0.09-0.59)	0.5 (0.5-0.5)	*0.7 (0.29-1.33)	*1.18 (0.76-1.63)	*<0.001

*p value estadísticamente significativo. **Se utilizó como medida de tendencia central el percentil (p) 50 y para medir la dispersión se utilizó el p25 y el p75, ya que el promedio de la desviación estándar no fue representativa del grupo. DAS28: Disease Activity Score-28; PCR: proteína C reactiva; VHS: velocidad de eritrosedimentación; CDAI: Clinical Disease Activity Index; SDAI: Simplified Disease Activity; HAQ: Health Assessment Questionnaire.

Tabla 3. Nivel de actividad de la AR según los distintos índices compuestos y su relación con la presencia de síntomas ansiosos y/o depresivos.

Actividad de la AR	Total N= 122 (100%) (n/%)	Sin síntomas de depresión ni ansiedad (n/%)	Con síntomas de depresión y/o ansiedad	Síntomas depresivos (n/%)	Síntomas ansiosos (n/%)	Síntomas ansiosos y depresivos (n/%)	p value
DAS28 PCR Remisión	44 (36,07)	29 (65,91)	15 (34,09)	0 (0,00)	13 (29,55)	2 (4,55)	0.01*
Baja	27 (22,13)	15 (55,56)	12 (44,44)	1 (3,70)	4 (14,81)	7 (25,93)	
Moderada	34 (27,87)	17 (50,00)	17 (50,00)	0 (0,00)	9 (26,47)	8 (23,53)	
Elevada	17 (13,93)	5 (29,41)	12 (70,58)	0 (0,00)	6 (35,29)	6 (35,29)	
DAS28 VHS Remisión	44 (36,07)	29 (65,91)	15 (34,09)	0 (0,00)	14 (31,82)	1 (2,27)	<0.01*
Baja	23 (18,85)	12 (52,17)	11 (47,82)	1 (4,35)	4 (17,39)	6 (26,09)	
Moderada	38 (31,15)	22 (57,89)	16 (42,10)	0 (0,00)	8 (21,05)	8 (21,05)	
Elevada	17 (13,93)	3 (17,65)	14 (82,35)	0 (0,00)	6 (35,29)	8 (47,06)	
CDAI Remisión	24 (19,67)	18 (75,00)	6 (25,00)	0 (0,00)	6 (25,00)	0 (0,00)	0.02*
Baja	44 (36,07)	25 (56,82)	19 (43,18)	1 (2,27)	11 (25,00)	7 (15,91)	
Moderada	31 (25,41)	15 (48,39)	16 (51,61)	0 (0,00)	6 (19,35)	10 (32,26)	
Elevada	23 (18,85)	8 (34,78)	15 (65,22)	0 (0,00)	9 (39,13)	6 (26,09)	
SDAI Remisión	22 (18,03)	17 (77,27)	5 (22,73)	0 (0,00)	5 (22,73)	0 (0,00)	0.02*
Leve	46	27 (58,70) (37,70)	19 (41,30)	1 (2,17)	12 (26,09)	6 (13,04)	
Moderada	34	14 (41,18) (27,87)	20 (58,82)	0 (0,00)	9 (26,47)	11 (32,35)	
Elevada	20	8 (40,00) (16,39)	12 (60,00)	0 (0,00)	6 (30,00)	6 (30,00)	

AR: artritis reumatoide; DAS28: Disease Activity Score-28 for Rheumatoid Arthritis; PCR: proteína C reactiva; VHS: velocidad de eritrosedimentación; CDAI: Clinical Disease Activity Index; SDAI: Simplified Disease Activity.

Tabla 4. Riesgo de tener AR activa en pacientes que presentan síntomas de ansiedad y/o depresión.

AR activa según índices compuestos	OR (95% IC)	P value
DAS28 PCR	2.14 (0.99-4.60)	0.051
DAS28 VHS	2.14 (0.99-4.60)	0.051
CDAI	3.12 (1.14 – 8.53)	0.02*
SDAI	3.53 (1.21 – 10.33)	0.02*

*p value estadísticamente significativo. AR: artritis reumatoide; DAS28: Disease Activity Score-28 for Rheumatoid Arthritis; PCR: proteína C reactiva; VHS: velocidad de eritrosedimentación; CDAI: Clinical Disease Activity Index; SDAI: Simplified Disease Activity.

Tabla 5. Correlación entre los diferentes métodos de valoración de actividad de la enfermedad en los pacientes con AR.

Índice compuesto	SDAI	CDAI	DAS28 VHS	DAS28 PCR
SDAI	1.0000			
CDAI	0.9737*	1.0000		
DAS28 VHS	0.8078*	0.8151*	1.0000	
DAS28 PCR	0.8842*	0.8841*	0.8435*	1.0000

AR: artritis reumatoide; SDAI: Simplified Disease Activity; CDAI: Clinical Disease Activity Index; DAS28: Disease Activity Score-28 for Rheumatoid Arthritis; PCR: proteína C reactiva; VHS: velocidad de eritrosedimentación.

Discusión

La presencia de trastornos ansiosos y depresivos en los pacientes con AR son frecuentes¹³ y posiblemente sean subestimados siendo un aspecto clínico muy necesario de abordar, especialmente en nuestro contexto nacional sabiendo que Chile se encuentra entre los países con mayores tasas de depresión del mundo^{14,15}.

En nuestro trabajo, detectamos que prácticamente la mitad de los pacientes con AR presentaron síntomas de ansiedad y depresión, lo cual se relacionó con peores desenlaces, pues su presencia se asoció a enfermedades más activas y más discapacitantes, apoyando nuestra hipó-

tesis de trabajo. Se logra también determinar la concordancia existente entre los distintos índices utilizados en los pacientes con AR para medir la actividad de la enfermedad (DAS28 – SDAI – CDAI).

Los datos obtenidos permiten plantear que la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con AR tiene importantes implicancias en salud, impacta negativamente en la calidad de vida de quienes la padecen y se debe tener en cuenta que el hecho de presentar enfermedades más severas conlleva implícitamente mayor morbilidad y gastos en salud.

Considerando que en Chile la AR es una patología incluida en el GES, lo que garantiza el

acceso a tratamientos y controles integrales por profesionales médicos, enfermería, matrona, nutricionista, kinesiología y terapeuta ocupacional, es necesario destacar que la salud mental no está incluida en estas garantías, quedando fuera del enfoque integral para el adecuado abordaje diagnóstico terapéutico de los pacientes.

En cuanto a la contribución de este estudio en el ámbito médico, teniendo en cuenta que existen escasos datos respecto a la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con AR en población chilena, existiendo un estudio publicado por Massardo L, et al. que evaluó hace 2 décadas la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con AR en Chile¹⁶, nuestro trabajo aporta con datos actualizados para los registros nacionales, destacando que concuerdan nuestros resultados con los de dicho estudio, evidenciándose una alta prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en pacientes con AR, terreno que sigue siendo poco abordado, reconociéndose una ventana de oportunidad para optimizar recursos y poner énfasis en este aspecto.

Para finalizar, nos parece importante recomendar un adecuado tamizaje de patología psiquiátrica en los pacientes con AR con una evaluación por psiquiatría y psicología formal, lo que idealmente debiera estar incluido en las garantías GES de AR.

Referencias

1. Riedemann J, Maluje V. Epidemiología de las Enfermedades Reumatológicas en Chile. Informe Proyecto Fondecyt 1930390, 1993.
2. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica de Artritis Reumatoide. Santiago: MINSAL; 2017.
3. Luque Ramos A, Redeker I, Hoffmann F, Callhoff J, Zink A, Albrecht K. Comorbidities in patients with rheumatoid arthritis and their association with patient-reported outcomes. *J Rheumatol*. 2019; 46(6): 564-571.
4. Nerurkar L, Siebert S, McInnes I, Cavanagh J. Rheumatoid arthritis and depression: an inflammatory perspective. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6(2): 164-173.
5. Fakra E, Marotte H. Rheumatoid arthritis and depression. *Joint Bone Spine*. 2021; 88(5): 105200.
6. Matcham F, Norton S, Scott D, Steer S, Hotopf M. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: A secondary analysis of a randomised controlled trial. *Rheumatology (Oxford)*. 2016; 55: 268-278.
7. Zigmond A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67: 361-370.
8. Terol-Cantero M, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en muestras españolas. *Anales de Psicología*. 2015; 31(2): 494-503.
9. Fries J, Spitz P, Kraines R, Holman H. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum*. 1980; 23(2): 137-145.
10. Prevoo M, van 't Hof M, Kuper H, van Leeuwen M, van de Putte L, van Riel P. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1995; 38(1): 44-48.
11. Aletaha D, Nell V, Stamm T, Uffmann M, Pflugbeil S, Machold K, et al. Acute phase reactants add little to composite disease activity indices for rheumatoid arthritis: Validation of a clinical activity score. *Arthritis Res Ther*. 2005; 7(4): R796-R806.
12. Smolen J, Breedveld F, Schiff M, Kalden J, Emery P, Eberl G, et al. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. *Rheumatology (Oxford)*. 2003; 42(2): 244-257.
13. Matcham F, Norton S, Scott D, Steer S, Hotopf M. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: A secondary analysis of a randomised controlled trial. *Rheumatology (Oxford)*. 2016; 55: 268-278.
14. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de Chile. Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile: Segundo Informe. Santiago: OMS, MINSAL; 2014.
15. Organización Mundial de la Salud. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Ginebra: OMS; 2017.
16. Massardo L, Velásquez X, Pizarro P, Pizarro C, Barros J, Martínez M, et al. Depression and anxiety in Chilean patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2001; 44(9): S212.