



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Comorbilidad y factores asociados con el trastorno de
ansiedad generalizada en Lima Metropolitana y Callao en
el 2002**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTOR

María Soledad Carazas Vera

LIMA – PERÚ
2010

A mis padres por enseñarme entre otras cosas el significado del amor y la dedicación.

A mi hermana y sobrina por compartir conmigo sus alegrías y tristezas.

A mi esposo por compartir conmigo este y muchos otros viajes más.

Un especial agradecimiento al Doctor Javier Saavedra, como Asesor, por su guía y apoyo en la realización de esta investigación y a la asesoría estadística del Licenciado

David Chanduvi.

INDICE

	Páginas
Resumen	5
Capítulo 1	
Introducción	6
Capítulo 2	
Planteamiento de estudio	8
• Planteamiento del problema	8
• Fundamento teórico	9
• Objetivo de investigación	16
• Justificación y uso de los resultados	16
Capítulo 3	
Método	18
• Tipo de diseño y de estudio	18
• Diseño muestral	18
• Definición operacional de variables	19
• Instrumentos para la recolección de información	22
• Análisis de los resultados	25
Capítulo 4	
Resultados	26

Capítulo 5

Discusión	33
-----------	----

Capítulo 6

Conclusiones	39
--------------	----

Capítulo 7

Recomendaciones	42
-----------------	----

Capítulo 8

Bibliografía	43
--------------	----

Resumen

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es un trastorno prevalente, crónico, pero subdiagnosticado; muchas veces asociado a comorbilidad. **Objetivo:** Evaluar el rol de los factores sociodemográficos, la satisfacción laboral y la vida religiosa en adultos de nuestra ciudad con TAG, así como identificar la prevalencia de comorbilidad mental y física. **Método:** La información se obtuvo de la base de datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental del 2002, realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. La muestra estuvo conformada por un total de 4 388 personas encuestadas. **Resultados:** Se asocian al TAG sin comorbilidad a seis meses ser mujer, estar divorciado, separado o viudo, tener como lengua materna al castellano, no tener trabajo, encontrarse nada o poco satisfecho con el trato que se recibe por parte del jefe, no leer ni consultar las escrituras religiosas y creer que tener una religión ayuda a solucionar los problemas de la vida. El TAG se presenta de forma comórbida con tabaquismo, alcoholismo, distimia, consumo actual de sustancias en general, consumo actual de sustancias legales (no alcohol) y enfermedad física. La comorbilidad somática más frecuente fue neumonía o bronconeumonía, diarrea severa, infección renal o urinaria, aborto, infarto o angina de pecho, artritis o reumatismo y las enfermedades en piel y anexos. **Conclusiones:** El TAG es un problema prevalente en nuestro entorno. Es importante el rol de los diversos factores en la enfermedad; viéndose involucrados en mayor medida los postergados sociales. Además, es importante tener en cuenta la comorbilidad; sobre todo el tabaquismo y el alcoholismo.

Palabras claves:

Trastorno de Ansiedad Generalizada, comorbilidad, factores asociados, prevalencia, Lima y Callao

Capítulo 1

Introducción

Los trastornos mentales y del comportamiento son frecuentes, más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida. Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos urbanos y rurales. Tienen un impacto económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de los individuos y las familias. Los trastornos mentales y del comportamiento afectan en un momento dado aproximadamente al 10% de la población adulta. Alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales. En una década, de cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento. Estas familias no sólo proporcionan apoyo físico y emocional, sino que soportan las consecuencias negativas de la estigmatización y la discriminación. Se ha estimado que, en 1990, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10% de los años de vida saludables perdidos por todas las enfermedades y lesiones. En el 2000 ese porcentaje había aumentado al 12%, y se prevé que llegará hasta el 15% en 2020 ¹.

En nuestro país, Velásquez y colaboradores presentaron los principales resultados del estudio nacional de carga de enfermedad y lesiones. Para medir la carga de enfermedad se utilizó un indicador de salud basado en años saludables perdidos (AVISA o AVAD o DALY en inglés). Los AVISA miden los años saludables perdidos en el futuro como resultado de la mortalidad precoz y la incidencia y duración de la discapacidad en la población. Así, los AVISA resultan de la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años perdidos por discapacidad (AVD) que son ponderados por la gravedad de la discapacidad. En este estudio se ha confirmado que el grupo de daños que causan mayor carga de enfermedad en el país son las enfermedades neuropsiquiátricas. Con datos nacionales de mortalidad y morbilidad, se ha estimado que estas enfermedades producen 826 253 AVISA (años de vida saludables perdidos) y que representan 16% de todos los

AVISA y 28% de los AVISA de las enfermedades no transmisibles. Este grupo de enfermedades tiene mayor carga de enfermedad debida a que son enfermedades crónicas con mayor duración de la enfermedad y que producen mayor discapacidad. También se encuentran dentro de los 50 diagnósticos con más carga de enfermedad (abuso de alcohol y dependencia, depresión, esquizofrenia, adicción a drogas, ataques de pánico y trastorno de estrés postraumático). Le siguen en importancia las lesiones no intencionales, tales como los accidentes de tránsito, las caídas, los ahogamientos, las quemaduras y los envenenamientos, que causan el 9% de la carga total. Es importante recordar que en el Perú existe una triple carga de enfermedad, es decir, el país está expuesto a enfermedades infecciosas, nutricionales, crónicas degenerativas y lesiones por accidentes de tránsito².

En nuestra ciudad, en el estudio Epidemiológico Metropolitano del año 2002, más de un tercio de la población (37,3%) alguna vez en su vida había sufrido algún trastorno psiquiátrico, cerca de una cuarta parte los había sufrido en los últimos seis meses previos a la encuesta (26,5%) y un 23,5% lo presentó al momento de realizarse la encuesta. Como grupo en este estudio, los trastornos de ansiedad fueron los más prevalentes, siendo su prevalencia de vida, de seis meses y actual de 25,3%, 16,4% y 14,6% respectivamente³.

A pesar de ser el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) una enfermedad prevalente y existir diversas investigaciones en diferentes países, faltan datos epidemiológicos en los países de nuestra región; así como en las estadísticas nacionales. Esto se hace evidente al revisar estudios locales y datos epidemiológicos de los hospitales de nuestro país.

Capítulo 2

Planteamiento del estudio

- **Planteamiento del problema:**

El TAG es una patología común, de inicio temprano, curso crónico-recurrente y con alta frecuencia de comorbilidad ^{4, 5, 6, 7, 16, 8, 32}. En el estudio Epidemiológico Metropolitano del INSM HD-HN, es el segundo trastorno psiquiátrico más frecuente en la ciudad de Lima (9,9%) y el tercero en frecuencia en la Sierra (8,2%) y Selva de nuestro país (8,2%)^{3, 9, 10}. En estudios internacionales, la frecuencia de este trastorno oscila, así mismo, entre 1,9- 5,1% ⁶, 2,6% ¹¹, 3,1%¹², 2,1-4,1⁴ en la población general. Es también, el más frecuente trastorno de ansiedad en atención primaria 0,8% y 2,5%¹³, 7,6% ¹⁴, 7,9% ¹⁵ (más del 50% de todos los trastornos de ansiedad) ^{6,16,17}.

Se sabe que existe asociación entre este trastorno y diferentes enfermedades físicas, encontrándose en pacientes ansiosos mayor frecuencia de distintas enfermedades médicas y deterioro cognitivo en comparación con sus pares sin ansiedad ^{18, 19}; los individuos con comorbilidad al TAG y a los trastornos del ánimo están más incapacitados que aquellos con las formas puras de estas patologías ^{4,35,6,16}. Es también importante su asociación con otros trastornos psiquiátricos^{12, 13, 17, 19}, la presencia de comorbilidad psiquiátrica, disminuye significativamente la posibilidad de recuperación de los trastornos de ansiedad y aumenta la posibilidad de su recurrencia^{4,35,6,16,20}. Por todo lo anterior, al hablar de este trastorno es necesario tener en cuenta su complejidad, así como el alto costo social, personal y económico que demanda^{12,14,21}.

La alta tasa de comorbilidad en este trastorno; como se mostró previamente; pusieron en duda su definición como patología independiente, sugiriéndose que podría ser mejor definida como pródromos, síntomas residuales o marcadores de severidad de otros trastornos. Por ejemplo, al observar sus semejanzas al trastorno depresivo mayor, se especuló que ambos eran dos diferentes presentaciones clínicas de un mismo trastorno, en el que el TAG coocurría como una señal de severidad del proceso. Posteriormente, por diversos estudios se llegó a la conclusión que el TAG era una entidad independiente ^{14,30, 22}.

Esta patología disminuye el nivel de rendimiento de la población que la padece, entre otros aspectos, al disminuir la productividad laboral. Por otro lado, aumenta el consumo de los fondos de salud, ya que como se citó previamente, estas personas acuden más frecuentemente a centros de atención requiriendo atención médica, así como de enfermería, psicología y farmacia, en muchos casos. Lo anterior aumenta la demanda de los servicios de salud, particularmente en los servicios de atención primaria y por consiguiente aumenta la carga económica en relación a esta patología^{6, 14, 23}.

A pesar de estos hallazgos, los reportes clínicos sugieren que este trastorno es raramente diagnosticado, los pacientes pueden cursar con síntomas 5 a 10 años antes que se reconozca el trastorno, muchos de ellos nunca son diagnosticados, y los que lo son con frecuencia reciben un tratamiento inapropiado^{30,6,5,4}. Otro grupo considerable de pacientes, a pesar de creer que padece de ansiedad no busca la ayuda de un especialista²⁷.

Por último, el concepto y los criterios diagnósticos del TAG han cambiado significativamente desde su primera aparición en el Manual de Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Mentales, tercera edición (DSM-III; APA 1980). A pesar de esos cambios, en los sistemas de clasificación DSM-III-R; APA 1987, DSM-IV; APA 1994, las tasas del TAG han permanecido relativamente constantes^{5,12}.

Por esto, es importante tener más información acerca de la población que padece esta patología tan común, ya que aún quedan muchas interrogantes sin respuesta. Asimismo, no existen estudios en nuestro medio, ni a nivel latinoamericano sobre lo que en este trabajo de investigación se plantea buscar.

Por lo expuesto, este estudio pretende evaluar el rol de diversos factores en el TAG en adultos, así como su comorbilidad. Se obtuvo estos datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano en salud integral, realizado en la ciudad de Lima Metropolitana y en la provincia constitucional del Callao en el año 2002; éste es el último realizado en nuestra ciudad.

- **Fundamento Teórico:**

La ansiedad no es una condición patológica en principio sino que forma parte del sistema de alarma ante situaciones adversas en potencia. Todo indica que dicho sistema de alarma tiene la finalidad de poner al sujeto en disposición

de desplegar los mecanismos de adaptación necesarios ante las citadas situaciones dañinas o indeseables. Este carácter cotidiano de la ansiedad hace que el uso técnico del término como síntoma psiquiátrico plantee problemas de validez y especificidad. La diferencia entre ansiedad normal y patológica estriba básicamente en la intensidad, frecuencia y duración de su presentación. Es preciso señalar que los límites son difusos y exigen una cuidadosa evaluación individual. Ansiedad es un término que se reserva para aquellas vivencias experimentadas por el sujeto como “psicológicas” y la angustia hace referencia a los síntomas que se expresan con más fuerza ligados a sensaciones corporales²⁴.

El término TAG aparece en la clasificación del DSM-III, del año 1980, este supone la primera tipificación de los distintos trastornos por ansiedad tal y como se conocen en la actualidad. En su formulación inicial, en el citado DSM-III el TAG se planteaba como una categoría casi residual que exigía para su diagnóstico el descartar con anterioridad la presencia de crisis de angustia y de cualquier otra patología psiquiátrica que permitiese explicar de manera casual dicha ansiedad. Asimismo, se consideraba a este cuadro como propio de la edad adulta y se exigía para su diagnóstico que el sujeto tuviese más de 18 años. Se establecían cuatro tipos de síntomas principales (tensión motora, hiperactividad vegetativa, hiperpreocupación y expectación aprensiva, así como vigilancia e hipervigilancia) y se especificaba que la duración del cuadro debería ser, al menos, de un mes antes de efectuar el diagnóstico^{16, 24}.

El DSM-III revisado “endureció” en cierta medida los criterios diagnósticos del TAG, insistiendo en lo que se convertiría en la característica diferencial de este trastorno: el mantenimiento casi constante de sentimientos de ansiedad y preocupación excesiva y no realista sobre, al menos, dos circunstancias o situaciones de la vida cotidiana (hijos, familia, trabajo, economía, etc.) Este síntoma siguió conociéndose como “expectación aprensiva”. Pero en un intento por dotar de mayor especificidad al cuadro, estableció que deberían presentarse al menos seis de una lista de 18 síntomas agrupadas en tres rúbricas: tensión motora, hiperactividad vegetativa e hipervigilancia. Al mismo tiempo, mantuvo los criterios de exclusión de otras patologías (psiquiátricas y somáticas) y admitió la posibilidad de que el trastorno apareciera en niños y adolescentes. Los criterios temporales también se

aumentaron exigiendo la presencia de síntomas durante la mayor parte del tiempo al menos en los seis meses anteriores al diagnóstico²⁴.

El DSM-IV ha mantenido el acento en lo que se va perfilando como la característica distintiva básica de este cuadro, la expectación aprensiva, y mantiene para este síntoma la duración de al menos seis meses, así como la necesidad de su presencia casi continua, añadiendo sólo la precisión de que esta preocupación constante debe ser experimentada por el paciente como algo de difícil control. Sin embargo, desaparece la necesidad de presentar al menos seis síntomas de la lista de 18 enumerados por el DSM-III-R y se remite a la presencia de mínimo tres de una lista de seis, especificando que en los niños la presencia de sólo uno de ellos bastaría para el diagnóstico. Estos seis síntomas son inquietud, fatiga fácil, irritabilidad, dificultad de concentración, tensión muscular y alteraciones del sueño en cualquiera de sus fases. Por último, mantiene lo dicho por la DSM-III-R en cuanto a los criterios de exclusión de otras enfermedades psiquiátricas, somáticas, o ambas, e introduce el criterio de que el cuadro ha de provocar un impacto negativo significativo en la vida diaria del sujeto y en su actividad cotidiana (familiar, laboral o social)²⁴.

La psiquiatría europea, por su parte, ha mostrado cierta reticencia ante esta clasificación de los cuadros de ansiedad y mantuvo hasta 1992 (fecha de edición de CIE-10) a los trastornos previamente agrupados como neurosis; bajo el epígrafe común de los “trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, que recoge 7 categorías de trastornos, entre los que se incluía el TAG dentro de una clave (F41.1), que comprende asimismo las crisis de angustia y el trastorno mixto de ansiedad y depresión. La CIE-10, aunque clasifica todos estos cuadros bajo una denominación genérica, diferencia los trastornos de ansiedad propiamente dichos (pánico, ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso depresivo) de los trastornos de ansiedad fóbica (agorafobia, fobias sociales, fobias específicas), el trastorno obsesivo compulsivo, las reacciones a estrés y adaptación, los trastornos somatomorfos, los trastornos disociativos y otros trastornos neuróticos^{24,25}.

A pesar de las variaciones en los criterios diagnósticos del TAG, usados en diferentes estudios publicados, la prevalencia de vida permanece similar a lo reportado por la literatura epidemiológica. La prevalencia estimada para adultos, en estudios epidemiológicos comunitarios, oscilan entre 1,5 y 3% para el TAG

actual, 3 a 5% para el TAG en el último año y 4 a 7% para la prevalencia de vida del TAG. Existen mucho menos datos de prevalencia estimada para niños y adolescentes. Pero algunos estudios encontraron que cumpliendo estrictamente con los criterios del DSM-IV, el TAG en niños y adolescentes es raro. La baja prevalencia de TAG en los jóvenes es diferente del patrón que siguen otros trastornos de ansiedad, típicamente de inicio temprano y con altas prevalencias en los adolescentes y adultos jóvenes. Otra diferencia reportada es que el mayor pico etario asociado con alto riesgo de iniciar TAG es a mayor edad (mediados de los cincuentas) en comparación con los otros trastornos de ansiedad. No se conoce la razón porque esto sea así, pero se cree que una posibilidad sería el efecto de los estresores crónicos que ocurren a lo largo de la vida¹⁶.

Varios estudios de atención primaria han estimado la prevalencia de TAG en los pacientes que visitan a sus médicos de familia. De estos un estudio sobresaliente es el realizado por la OMS, el estudio internacional de la OMS sobre problemas psicológicos en la atención general (PPGHC); que encontró que el 8% de las personas atendidas en atención primaria, de los países participantes, reunían criterios para TAG actual al momento de visitar a su médico. Esta fue la mayor prevalencia de todos los trastorno de ansiedad encontrados en esta muestra. En un subgrupo se estudio 5 Centros Europeos que participaron del PPGHC, 8,5% de los atendidos cumplían todos los criterios para TAG y un 4,1% adicional cumplió parcialmente los criterios¹⁶.

En el estudio realizado en nuestro país en el año 2002 “El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002” se encontró que la prevalencia actual y de vida de algún trastorno psiquiátrico en la población adulta era de 23,5% y 37,3% respectivamente. Siendo los trastornos psiquiátricos más frecuentemente hallados el episodio depresivo (depresión mayor) y el TAG; frecuencias comparables con otras reportadas¹⁴. La prevalencia a seis meses del TAG en Lima Metropolitana y Callao es de 7,3%; especificándose que en el sexo masculino la prevalencia es de 5,4 % y en el sexo femenino de 9%^{3,26}. Estas cifras son más altas que las reportadas por otros países^{4,6,11,12,24}.

Diversos estudios apuntan a que el TAG aparece con mayor frecuencia en mujeres que en varones con una proporción mujeres-hombres de 2 a 1^{24,26} o de 1,6 a 1^{16,30}. La edad de inicio es generalmente en la adolescencia tardía o en

las primeras etapas de la adultez, se han reportado una edad media de inicio de 30,6 años ^{4,26}, el estudio de Angst y colaboradores cita un promedio de edad de inicio de los síntomas de a los 15,6 años, en el 75% de estos casos ocurriría antes de los 20 años ³²; y de acuerdo a lo citado por el trabajo de Muhsen y colaboradores, así como de Kessler y colaboradores se encontró la prevalencia más alta entre los 40 y 59 años. Como se ve la edad tiene una relación más compleja con el TAG en comparación con otras variables sociodemográficas^{16,30}.

En algunos estudios se reportó la asociación de TAG con grupos socioeconómicos extremos (altos o bajos), sexo femenino, ser mayor de 25 años, raza blanca, las minorías étnico- raciales, tener baja formación académica, bajos ingresos, estar divorciado, separado o viudo, tener una religión (particularmente budismo y cristianismo), vivir solo, las situaciones que amenazan la vida, el desempleo así como los eventos de vida muy estresantes como los accidentes graves, las enfermedades que amenazan la vida, estar en un atentado terrorista o el haber sido atacado, así como la muerte de un miembro de la familia en los últimos 12 meses ^{4,7,14,16, 27,28,30,36,8,35}.

El TAG, es probablemente un trastorno con el que frecuentemente coexisten otros trastornos mentales como fobia social, fobia específica, trastorno de pánico o depresión^{7,16,24,26,27}. Tal vez el 50-90% de pacientes con TAG tienen otro trastorno mental. Aproximadamente 25% experimentan trastorno de pánico, en otros tratados nos hablan de una frecuencia de 40-75% para este mismo trastorno^{24,26}. El TAG se asocia fuertemente a los trastornos del estado de ánimo, un porcentaje elevado de pacientes padecen de trastorno depresivo mayor, distimia o trastorno bipolar tipo I. Los más relacionados al TAG fueron el trastorno bipolar tipo I y la distimia⁴. Se ha encontrado que el TAG se relaciona fuertemente a la dependencia de alcohol y de otras drogas, más que al abuso. Así mismo el TAG mostró una más fuerte relación a la dependencia a drogas que a la dependencia a alcohol y nicotina ^{4,26} Por último se encontró que los trastornos de personalidad dependiente, evitativo, paranoide y esquizoide se asociaban más al TAG que los otros trastornos de personalidad. Los trastornos de personalidad del cluster B mostraban poca asociación. Los del cluster A mostraban asociación intermedia y los trastornos de personalidad del cluster C mostraban la asociación más fuerte al TAG, excepto por el trastorno de

personalidad obsesivo compulsivo⁴. La alta comorbilidad del TAG en muestras clínicas comparada con muestras de la comunidad apoya el hecho de que la comorbilidad es un poderoso predictor de la búsqueda de ayuda en personas con TAG, destacando altas tasas de comorbilidad en personas con TAG que buscan tratamiento por sus problemas afectivos¹⁶.

Como se mencionó previamente, la alta tasa de comorbilidad encontrada en pacientes con TAG sembró la duda sobre si éste era un trastorno independiente, se sugirió que podría conceptualizarse mejor como pródromos marcadores de severidad o hasta síntomas residuales de otros trastornos. Se planteó que era importante demostrar si el TAG se asociaba por si solo a deterioro y discapacidad o si el deterioro en individuos con TAG era causado completamente por una comorbilidad. La asociación del TAG al trastorno depresivo mayor ha sido de especial interés, por los altos niveles de comorbilidad y la importancia del trastorno depresivo mayor (TDM) como un problema de salud pública a nivel mundial. Los diversos estudios epidemiológicos han respondido esta pregunta mostrando comparativamente las discapacidades del TAG y TDM. Como previamente se describió, existen puntos similares entre estas dos patologías; para empezar el TAG tiene alta frecuencia de comorbilidad con el TDM; el TAG tiene características genéticas cercanas al TDM; ambos trastornos comparten rasgos de vulnerabilidad llamados neuroticismo y emocionalidad negativa; ambos convergen en los mismos factores internalizados; la ansiedad en la niñez es un predictor para TDM posterior, y por último los síntomas de ambas patologías con frecuencia responden a las mismas drogas. Después del estudio, se halló, que relativamente pocos factores de riesgo estuvieron claramente compartidos por TDM y TAG. El TAG tiene factores de riesgo específicos no compartidos con el TDM (como las adversidades en la niñez y comportamiento) y el TDM tiene factores de riesgo específicos no compartidos por el TAG (como historia familiar de predisposición y personalidad). El hallazgo de diferentes factores de riesgo en cada trastorno, divide dos diferentes etiologías, las que no pueden ser unidas en un sólo trastorno en futuras entidades nosológicas. Sin embargo, los hallazgos más importantes de este estudio fueron la similitud de historias de factores riesgo entre individuos que desarrollaron TAG puro o la comorbilidad TDM y

TAG en la adultez. La comorbilidad es frecuente en la población y constituye, particularmente, una carga sustancial en la salud mental^{4, 14,19,22, 29}.

Se ha encontrado, que tanto en hombres como en mujeres, las tasas de diferentes trastornos médicos son mayores en personas con TAG en comparación a los controles^{7,31}. En particular, los varones con trastorno de ansiedad tienen alta frecuencia de alteraciones cardíacas, hipertensión, alteraciones metabólicas, gastrointestinales, problemas genitourinarios, alteraciones dermatológicas, enfermedades respiratorias, alergias, artritis, migraña y dolor de espalda. En mujeres con trastorno de ansiedad se reportó alta tasa de trastornos cardíacos, hipertensivos, metabólicos, gastrointestinales, genitourinarios, dermatológicos y respiratorios, así como alergias, artritis, migrañas y dolor de espalda³¹. Estudios demostraron mayor prevalencia de este trastorno en personas con asma, hipertensión, hiperlipidemias, artritis reumatoidea y en portadores de osteoporosis. Así mismo se encontró asociación entre el ejercicio regular y menor prevalencia de esta enfermedad (TAG)³⁰. Las personas con trastornos de ansiedad se auto señalan como poseedoras de una pobre salud en comparación con controles (al pedírseles que describan su estado de salud en general la mayoría lo describe como “generalmente enfermo”). Las personas con TAG describieron su salud como “continuamente enfermo” 3,5 veces más que los controles. En este estudio también se pudo establecer la cronología temporal de los trastornos de ansiedad y las enfermedades médicas. El promedio de edad de inicio de TAG fue de 25,6 años (DS=9,1) siguiendo al promedio de inicio de los problemas físicos, la edad de inicio de cada trastorno difiere de acuerdo al tipo: La edad de inicio de TAG precede al inicio de las enfermedades cardíacas en 62% de casos, aparece después de la migraña y las alteraciones gastrointestinales en 56% y 57% de casos respectivamente, e indistintamente (antes o después) en alteraciones genitourinarias y respiratorias³¹.

Este trastorno tiene un curso crónico-recurrente, caracterizado por periodos de recaídas y remisiones¹⁶. En algunos estudios se ha encontrado que el curso del TAG en sujetos mayores de 40 años puede ser peor al de los adultos más jóvenes, así mismo, en este estudio se plantea que el TAG definido por el DSM-III no sería crónico, pero si recurrente con síntomas intervinientes en periodos libres de enfermedad en casi la mitad de los casos; es decir una

cronicidad menor al 20%. La naturaleza recurrente de esta patología nos daría la posibilidad de desarrollar estrategias profilácticas efectivas a largo plazo. Así mismo, en este estudio se encontró que el inicio de los síntomas característicos de la ansiedad ocurría antes de los 21 años en un 75% y tendían a ser más tempranos en los pacientes con TAG diagnosticado con 6 meses de enfermedad en comparación con el diagnóstico al mes³².

- **Objetivo de Investigación:**

Objetivo General:

Identificar los factores demográficos y socioeconómicos asociados con el trastorno de ansiedad generalizada en adultos de Lima Metropolitana y Callao, así como identificar comorbilidad mental y/o física.

Objetivos Específicos:

Identificar las prevalencias y los factores demográficos asociados con el trastorno de ansiedad generalizada en adultos.

Determinar los factores socioeconómicos que se asocian al trastorno de ansiedad generalizada en adultos.

Evaluar la asociación entre trastorno de ansiedad generalizada y satisfacción laboral.

Establecer la asociación entre vida religiosa y trastorno de ansiedad generalizada.

Determinar la prevalencia de comorbilidad mental y/o física.

- **Justificación y uso de los resultados:**

Este estudio pretende obtener información que nos facilite la identificación temprana de las personas en riesgo. Esto se lograría encontrando los factores asociados al TAG en nuestro medio, tenemos como antecedentes que estos datos ya han sido descritos en otras poblaciones y en otras localidades.

Lo anterior, nos ayudará a ampliar nuestro conocimiento sobre esta patología prevalente en el medio, así como conocer sus características en nuestra población. Todo con el fin de un reconocimiento rápido y oportuno, de este trastorno, para darle tratamiento temprano y adecuado y así poder evitar su curso crónico- recurrente, pretendiendo así reducir la discapacidad causada por este trastorno. Así mismo, es importante el reconocimiento oportuno de alguna comorbilidad, para darle de inmediato tratamiento, pretendiendo mejorar de estas dos maneras, la calidad de vida del paciente.

Así, se pretende contribuir a mejorar la salud de la población de nuestro país al ampliar los conocimientos sobre nuestra población y sobre todo sobre esta enfermedad, con el ideal de llegar en el futuro a que el personal de salud sea más capaz. Al dar buen tratamiento a este grupo poblacional se disminuirán los gastos en los diferentes centros de atención; ya que esta población es una de las principales concurrentes a los centros de atención primaria, como lo cita la literatura. Así mismo, nos interesa ayudar en la reducción gradual de la carga de enfermedad relacionada a esta patología. Pretendiéndose que la beneficiaria sea toda la población peruana, ya que se presumiría una disminución de la comorbilidad y de la discapacidad que causa esta patología, en busca del bienestar integral de la población y de los pacientes que padecen este trastorno.

Con este estudio cumpliríamos también, con los lineamientos trazados para la acción en salud mental en nuestro país, al identificar grupos de riesgo y sus características con el fin de fomentar estilos y ambientes saludables en los diferentes entornos; así, estaríamos trabajando en búsqueda de la promoción y prevención en salud mental. Todo lo anterior, permitiría mejorar los planes de intervención al mejorar la información que permitiría una mejor planificación de recursos.

Sumándose a los beneficios previamente citados, se encuentra la viabilidad de esta propuesta ya que se cuenta con el personal motivado para la realización de esta labor, así como con la base de datos representativa de la población.

Capítulo 3

Método

- **Tipo de diseño y de estudio:**

La presente es una investigación descriptiva, epidemiológica de corte transversal. Los datos fueron extraídos de la base de datos del INSM “HD-HN”. El estudio epidemiológico que se realizó en el año 2002 en Lima y Callao³.

- **Diseño muestral :**

Población de Estudio: Comprende aquella población que residió permanente o habitualmente en las viviendas particulares del área urbana de Lima Metropolitana y el Callao, refiriéndose a sus ocupantes con edades mayores a los 18 años. Se excluyeron del estudio a las viviendas colectivas tales como hospitales, hoteles, cuarteles y conventos, entre otros. Lima Metropolitana está dividida en 43 distritos de Lima propiamente dicha y 6 distritos de la provincia constitucional del Callao. Se excluyeron los distritos balnearios –Punta Negra, Punta Hermosa, Pucusana, San Bartolo, Santa María del Mar y Santa Rosa- los que representan el 0,3% de la población total del área de Lima y Callao.

En total se entrevistaron a 2,077 personas adultas ³.

Niveles de Inferencia: La muestra fue diseñada para dar resultados confiables para la población muy pobre, pobre, no pobre.

Marco muestral: Estuvo basado en la información del Instituto Nacional de Estadística e Informática elaborado sobre la base del pre-censo de 1999 y el material cartográfico respectivo actualizado. Según los datos del INEI proyectada al año 2002, tenemos que la provincia de Lima registra 6987984 personas y el Callao 787154 (total 29,07% del Perú). Lima Metropolitana registró hasta 1999, 1405497 viviendas³.

Unidades de Muestreo: La unidad de muestreo primaria fue la manzana. La unidad de muestreo secundaria fue el conglomerado de seis viviendas. Y la unidad de muestreo terciaria fue el individuo por cada vivienda.

Estratificación de las Unidades de Muestreo: Se obtuvo una muestra de manzanas proporcional a la población de todos los distritos, luego en el proceso de análisis se procedió a una post-estratificación por conos y el Callao.

Tipo de Muestreo: Muestra probabilística y trietápica:

Probabilística: Los métodos de selección de todo el proceso fueron absolutamente aleatorios, por lo tanto ha sido posible efectuar inferencias estadísticas con respecto al universo en cuestión.

Trietápica: Se seleccionó en tres etapas. En la primera, las manzanas en cada distrito; en la segunda, los conglomerados de seis viviendas de cada manzana, elegidas con un criterio de muestra simple al azar; en la tercera, el individuo por cada vivienda. Los sujetos eran seleccionados aleatoriamente entre todos los adultos del hogar, utilizándose un dado para este fin.

Unidades de Análisis:

Adultos de 18 años de edad o más³.

Criterios de selección: Incluyeron:

- 1) personas adultas de 18 años o más
- 2) residentes habituales en el hogar;
- 3) capacidad de comprender el español perfectamente; y
- 4) sin problemas que impidan la comunicación. En caso de existir problemas mentales moderados o severos que impidieran la comunicación directa con la persona, se procedía a una entrevista indirecta con el jefe del hogar³.

• **Definición operacional de variables:**

Variables demográficas:

- 1) Sexo: Femenino y masculino, escala de medición nominal.
- 2) Edad: Número de años cumplidos, grupo etáreo adulto mayores de 18 años. Escala de medición continua.
- 3) Estado civil: Conviviente, separada/o, divorciada/o, viuda/o, casada/o y soltera/o, escala de medición nominal.

- 4) Nivel de instrucción: Último año o grado de estudios aprobado. Se registran las categorías: sin instrucción, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnico incompleto, técnico completa, superior incompleta y superior completa. Se miden como escala ordinal.
- 5) Lengua materna: Si es castellana, quechua, aymara u otro. Escala de medición nominal.

Variables socioeconómicas:

- 1) Nivel de pobreza: En función de si sus ingresos no le permiten cubrir ni las necesidades básicas de alimentación se le considera pobre extremo; si cubre las necesidades básicas de alimentación, pero no le permite cubrir otras necesidades básicas como vestido y vivienda se le considera pobre; si cubre todas las necesidades básicas se le considera no pobre, igual como aquel que puede cubrir todos sus necesidades básicas y otras no básicas como diversión y esparcimiento. Es medida como escala de medición ordinal.
- 2) Trabajo remunerado: Referido a si la semana previa se contó con algún trabajo remunerado. Escala de medición nominal.
- 3) Horas de trabajo semanal: Referido a las horas que trabaja normalmente por semana. Si trabajo menos de 49 horas ó 50 horas a más. Escala de medición ordinal.
- 4) Ocupación: Referido a si en el trabajo cumple el cargo de: Empleador o patrono, trabajador independiente, empleado, obrero, trabajador familiar no remunerado, trabajador del hogar, ambulante u otro. Escala de medición nominal.
- 5) Modo de trabajo: Referido a si su trabajo es permanente o temporal. Escala de medición nominal.
- 6) Ingreso mensual: Respuesta a pregunta sobre ingresos. Referido a cuanto fue su ingreso mensual neto promedio en los últimos tres meses previos. Incluyendo horas extras, bonificaciones, pagos por conceptos de refrigerio, movilidad, comisiones, etc. Si es menor a 300 soles, entre 300 y 600 soles, entre 600 y 1200 soles ó de 1200 a más. Es medida con escala ordinal.

Satisfacción laboral:

Es la evaluación subjetiva del entrevistado acerca de su ambiente laboral en áreas como: las funciones que realiza, ambiente físico, compañeros de trabajo, carga de trabajo, trato que recibe de jefes, remuneración que recibe y reconocimiento. Es medida en una escala ordinal.

Vida religiosa:

Afiliación y participación en una religión, en que se desarrollan prácticas, cogniciones, creencias y expectativas. Ella es medida con una escala nominal.

Trastornos clínicos:

1) Trastorno de Ansiedad Generalizada sin comorbilidad: Presencia del diagnóstico de TAG según los criterios de investigación de la 10ma clasificación de enfermedades de la OMS, obtenida a través del MINI. Es decir, el enfermo debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos los últimos 6 meses. Entre ellos deben estar presentes explícitamente preocupación o tensión muscular e hiperactividad vegetativa. Escala de medición nominal³³.

2) Comorbilidad:

Trastornos Mentales: Corresponde a todos los trastornos clínicamente diagnosticables como depresión, distimia, trastorno bipolar, agorafobia, trastorno de pánico, fobia social, fobias específicas, dependencia de alcohol, nicotina, marihuana o cocaína. Es medida con una adaptación del MINI utilizándose criterios de investigación del CIE-10, en una escala nominal³.

Tabaquismo: Corresponde al consumo de tabaco en los últimos doce meses. Es medido con una adaptación del MINI con criterios de investigación de la CIE-10, es una escala de nominal.

Alcoholismo: Corresponde al consumo de alcohol en el año previo a la pregunta. Es medido con una adaptación del MINI con criterios de investigación de la CIE-10, es una escala de nominal.

Consumo actual de sustancias (no alcohol): Corresponde al consumo en la semana previa a la encuesta de sustancias en general, es decir sustancias legales e ilegales. Las sustancias comprendidas son tabaco, tranquilizantes,

pastillas para el dolor de cabeza, jarabe para la tos, estimulantes (bajar apetito), éxtasis, marihuana, cocaína, PBC, heroína, alucinógenos, hoja de coca, inhalantes, otros. Es medida con una adaptación del MINI con criterios de investigación de la CIE-10, es una escala nominal.

Consumo actual de sustancias legales (no alcohol): Corresponde al consumo en la semana previa a la encuesta de sustancias legales. Las sustancias incluidas son tabaco, tranquilizantes, pastillas para el dolor de cabeza, jarabe para la tos, estimulantes (bajar apetito), hoja de coca. Es medida con una adaptación del MINI con criterios de investigación de la CIE-10, es una escala nominal.

Enfermedad Física: Si presentó alguna enfermedad física o accidente en los últimos 6 meses, precisar cual fue la enfermedad; del sistema respiratorio (dificultad respiratoria, neumonía, pleuresía, tos con sangre, amigdalitis/bronquitis, tuberculosis), sistema digestivo (deposición con sangre, diarrea simple, diarrea severa, hepatitis, pancreatitis, gastritis, tifoidea, vómito con sangre), sistema renal (infección renal/urinaria, insuficiencia renal), sistema reproductivo y mamas (cáncer de útero y mamas, enfermedad de próstata, hemorragias, aborto, infecciones), sistema cardiovascular (hipertensión/presión alta, insuficiencia cardiaca, infarto/Angina de pecho), sistema neurológico (convulsiones, parálisis), sistema endocrino (colesterol, diabetes), enfermedades parasitarias/infecciosas (dengue, fiebre amarilla, paludismo/malaria), sistema músculo esquelético (artritis/reumatismo, fractura, traumatismos), piel y anexos (quemadura, úlcera) u otro³.

- **Instrumentos para la recolección de información:**

Después de una explicación de los objetivos del estudio, aquellas personas que aceptaban la entrevista firmaban un consentimiento por el cual aceptaban responder al cuestionario. Las personas encargadas de la entrevista fueron psicólogos con experiencia en encuestas entrenados por el coordinador general del estudio y el equipo de investigadores del IESM en el llenado de los cuestionarios. Además se contó con todos los elementos de supervisión de campo necesarios para este tipo de encuestas. El cuestionario al que respondían las personas adultas seleccionadas contenían cinco módulos: 1) Módulo de datos

generales conteniendo principalmente información sobre datos demográficos, actividad laboral e ingresos; 2) Módulo de acceso a servicios; 3) Módulo de aspectos generales de salud mental 4) Modulo de síndromes clínicos “A” dirigido a identificar desórdenes de ansiedad y depresión; 5) Módulo de síndromes clínicos “B” dirigido a identificar problemas relacionados al uso de sustancias. Los cuestionarios fueron elaborados a partir de la experiencia de los investigadores de los equipos especializados en las distintas áreas y de los siguientes instrumentos ^{3,34}:

Cuestionario de Salud Mental: Elaborado en la división de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud de Colombia, fue adaptado localmente por Perales y cols., realizándose análisis estadísticos que llevaron a la eliminación y reagrupación de algunas preguntas, así como a la formación de dos versiones: para jóvenes de 12 a 17 años y para personas de 18 años a más. Consta de 165 preguntas y seis secciones: datos socioeconómicos, uso de sustancias, características del comportamiento, percepción de salud, familia y soporte social y vida personal. Las preguntas sobre percepción de salud corresponden al SRQ (Self- Reporting Questionnaire o Cuestionario de Autorreporte). Este cuestionario fue gentilmente proporcionado por el Ministerio de Salud de Colombia en el marco de estudios anteriores realizados en el INSM^{3,34}.

El SRQ fue diseñado por Harding y colaboradores (1980; 1993) para la Organización Mundial de la Salud, con el fin de estudiar desórdenes mentales y servicios primarios de salud. Consta de 30 ítems, 20 referidos a síntomas ansiosos y depresivos (SRQ-20), 4 a síntomas psicóticos, 1 a convulsiones y desmayos y 5 a consumo de alcohol. En el cuestionario de Colombia, las preguntas que corresponden a la subescala de síntomas ansiosos y depresivos son 24; no figuran cuatro ítems del original, se agregaron otros nuevos y uno de los ítems se formula en una pregunta aparte sobre suicidio. En la adaptación realizada para el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental se consideraron las 24 preguntas del Cuestionario de Colombia y se desdoblaron dos ítems, quedando configurado con 26 ítems y manteniéndose aparte la pregunta sobre suicidio. Esto significa que en el estudio de Lima se utilizaron 16 ítems de los 20 originales del SRQ-20^{3,34}.

MINI: La Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI por sus siglas en inglés), versión española, CIE-10, elaborada por Lecrubier y colaboradores, es un instrumento que basado en los criterios de investigación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición, obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos. Los autores tuvieron la amabilidad de proporcionar la versión en español al INSM. Para este modulo se considero la exploración de los trastornos de ansiedad: agorafobia, trastorno de pánico, ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo- compulsivo y estado de trastorno de estrés postraumático; trastornos afectivos: episodio depresivo, distimia y episodio maniaco; y episodio psicótico^{3,34}.

Se ha adaptado lingüísticamente y validado a través de entrevistas a pacientes psiquiátricos del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” y luego en personas residentes de 100 viviendas provenientes de cada Cono de Lima Metropolitana y el Callao. Intervinieron psicólogos especialmente entrenados en el llenado del mismo. Este instrumento fue adaptado para obtener prevalencias de los trastornos en tres periodos temporales: de vida, a seis meses y actual³⁴.

Método de la entrevista:

Se empleó el método de entrevista directa; psicólogos debidamente capacitados y entrenados para tal fin visitaron las viviendas seleccionadas durante el período de recolección de información³.

Validez y confiabilidad:

Validez de constructo: Se realizó un estudio pre-piloto en 20 pacientes psiquiátricos de la institución, para luego probarse la encuesta en los residentes de 100 viviendas, 20 viviendas de cada cono de la ciudad de Lima y el Callao. En cada vivienda se entrevistó por lo menos a dos personas. Se realizó ensayos en conjunto con el especialista para mejorar la consistencia. A través de este procedimiento se adaptó el instrumento de manera importante³.

Para evaluar la confiabilidad se utilizó el análisis de la consistencia interna, que es el grado de consistencia entre múltiples medidas de un variable. La consistencia interna se refiere a que los ítems individuales o indicadores de la escala deberían estar midiendo los mismos constructos y, así, estar altamente

correlacionados. En este estudio se utilizó el *Coefficiente Alfa de Cronbach*, que es un modelo de consistencia interna entre todas las preguntas cuando las puntuaciones de las mismas están estandarizadas. Si el indicador es cercano a 1, se dice que la consistencia interna es elevada; si es menor a 0.50, la consistencia interna es baja o nula.

Para la exploración de los factores subyacentes se utilizó el análisis factorial de correspondencias múltiples, pues las preguntas o escalas contenían ítems medidos en escala nominal, y el análisis de componentes principales categóricos cuando los ítems fueron medidos en escala ordinal.³⁴

Tuvo aprobación del Comité de Ética Institucional.

Consideraciones éticas:

Se solicitó el consentimiento informado antes del inicio de la encuesta a cada una de las personas entrevistadas³.

- **Análisis de los resultados:**

Se realizó análisis bivariados y multivariados, mediante pruebas estadísticas de independencia y el ajuste de modelos de regresión logística para determinar los factores asociados con el TAG y la comorbilidad. El análisis estadístico se realizó utilizando el módulo de muestras complejas del SPSS versión 15.

Capítulo 4

Resultados

- **Prevalencia y factores demográficos y socioeconómicos asociados:**

Tabla 1: Trastorno de Ansiedad Generalizada sin comorbilidad a seis meses según variables demográficas

Variables Demográficas	Tamaño de la Muestra	Trastorno de Ansiedad Generalizada sin comorbilidad a seis meses				OR	IC 95%
		Sí		No			
		n	%	n	%		
Sexo (*) (**)							
Masculino	837	44	5,4	793	94,6	1,00	
Femenino	1240	108	9,0	1132	91,0	1,58	1,009 - 2,460
Edad							
18 a 24	378	26	6,8	352	93,2	1,00	
25 a 44	1096	79	7,5	1017	92,5	0,78	0,402 - 1,512
45 a 64	453	37	7,3	416	92,7	0,65	0,314 - 1,339
65 a más	150	10	7,1	140	92,9	0,48	0,170 - 1,327
Estado Civil (*)							
Soltero	524	22	4,7	502	95,3	1,00	
Casado y conviviente	1249	101	8,1	1148	91,9	2,12	1,059 - 4,261
Divorciado, separado y viudo	300	28	10,2	272	89,8	2,23	0,904 - 5,481
Nivel de Instrucción							
Superior universitaria y superior no universitaria	290	24	7,4	266	92,6	1,00	
Primaria	900	69	8,1	831	91,9	1,32	0,668 - 2,605
Secundaria y bachillerato	857	55	6,0	802	94,0	1,36	0,856 - 2,144
Lengua Materna (**)							
Quechua, Aymara u otro	234	15	5,9	219	94,1	1,00	
Castellano	1842	137	7,4	1705	92,6	2,65	1,258 - 5,596

(*) Significativo análisis bivariado $p \leq 0,05$

(**) Significativo regresión logística $p \leq 0,05$

Los factores demográficos que se asocian al TAG sin comorbilidad a seis meses, de acuerdo al análisis multivariado, son sexo y lengua materna.

Las mujeres tienen 1,6 veces más riesgo de padecer de TAG en comparación con los hombres. El 9% de mujeres de Lima tienen TAG.

Las personas que hablan castellano tienen 2,65 más riesgo de presentar TAG en comparación con los que hablan quechua, aymara u otro idioma.

El estar divorciado, separado o viudo da un riesgo 2,23 veces mayor de padecer de TAG, en comparación con los solteros.

El 10,2% de las personas divorciadas, separadas o viudas tienen TAG.

El 7,5% de las personas que tienen entre 25 a 44 años tienen TAG.

El 8,1% de las personas que tienen primaria como nivel educativo tienen TAG.

Tabla 2: Trastorno de Ansiedad Generalizada sin comorbilidad a seis meses según variables socioeconómicas

Variables Socioeconómicas	Tamaño de la Muestra	Trastorno de Ansiedad Generalizada sin comorbilidad a seis meses				OR	IC 95%
		Sí		No			
		n	%	n	%		
Nivel de pobreza							
Pobre extremo	238	15	6,8	223	93,2	1,00	
Pobre	471	40	8,7	431	91,3	1,52	0,511 - 4,542
No pobre	1331	95	7,0	1236	93,0	1,27	0,444 - 3.605
Trabajo remunerado (*)							
Sí	1113	68	5,6	1045	94,4	1,00	
No	964	84	9,1	880	90,9	1,13	0,466 - 2,755
Horas de trabajo semanal							
Menos de 49 horas	676	36	4,6	640	95,4	1,00	
De 50 horas a más	590	42	7,3	548	92,7	1,71	0,936 - 3,107
Ocupación							
Trabajador familiar no remunerado, trabajador del hogar, ambulante, otro	919	81	9,2	838	90,8	1,00	
Empleador o patrono	31	5	15,1	26	84,9	2,94	0,533 - 16,188
Trabajador independiente	525	36	6,3	489	93,7	0,94	0,315 - 2,822
Empleado	429	19	4,2	410	95,8	0,78	0,220 - 2,758
Obrero	173	11	6,0	162	94,0	0,87	0,244 - 3,116
Modo de trabajo							
Permanente	775	38	4,8	737	95,2	1,00	
Temporal	489	40	7,5	449	92,5	1,67	0,873 - 3,175
Ingreso mensual							
De 1200 a más	202	12	5,5	190	94,5	1,00	
Menor a 300 soles	353	28	8,0	325	92,0	1,46	0,560 - 3,822
Entre 300 y 600	458	29	6,2	429	93,8	1,15	0,465 - 2,836
Entre 600 y 1200	336	15	3,7	321	96,3	0,72	0,286 - 1,817

(*) Significativo análisis bivariado $p \leq 0,05$ (**) Significativo regresión logística $p \leq 0,05$

En relación a los factores socioeconómicos, al realizar el análisis multivariado de regresión logística no se encontró asociación de ningún factor con el TAG sin comorbilidad a seis meses.

Las personas que no tienen trabajo remunerado tienen mayor riesgo de padecer TAG en comparación con los que tuvieron trabajo remunerado.

El 8,7% de las personas pobres tienen TAG.

El 7,3% de los que trabajan 50 o más horas tienen TAG.

El 15,1% de los que en el trabajo tienen el cargo de empleadores o patronos padecen de TAG.

El 7,5% de los que tienen un trabajo temporal tienen TAG

El 8% de los que tienen un ingreso mensual menor de 300 soles cursan con un TAG.

- **Características asociadas al TAG de la satisfacción laboral y vida religiosa:**

Tabla 3: Trastorno de Ansiedad Generalizada sin comorbilidad a seis meses y satisfacción laboral

Satisfacción Laboral ¿Cuán satisfecho está con...	Tamaño de la Muestra	Trastorno de Ansiedad Generalizada sin comorbilidad a seis meses				OR	IC 95%
		Si		No			
		n	%	n	%		
... las actividades o funciones que desarrolla? (*)							
Mucho	586	26	28,5	560	46,7	1,00	
Regular	519	40	54,2	479	41,7	1,48	0,529 - 4,128
Nada o poco	153	11	17,3	142	11,5	2,08	0,460 - 9,424
... el ambiente físico donde labora?							
Mucho	491	18	23,8	473	40,5	1,00	
Regular	545	44	56,9	501	45,3	0,72	0,181 - 2,856
Nada o poco	174	13	19,3	161	14,2	1,08	0,259 - 4,504
... sus compañeros de labor?							
Mucho	440	18	36,4	422	47,7	1,00	
Regular	380	25	43,4	355	43,0	0,57	0,199 - 1,603
Nada o poco	96	10	20,3	86	9,3	1,26	0,345 - 4,558
... la carga de trabajo que desarrolla diariamente?							
Mucho	393	17	19,9	376	31,7	1,00	
Regular	614	35	52,1	579	49,9	0,62	0,214 - 1,767
Nada o poco	248	24	28,0	224	18,4	1,42	0,354 - 5,692
... el trato que recibe de sus jefes? (*) (**)							
Mucho	306	6	13,2	300	41,5	1,00	
Regular	324	15	49,2	309	44,5	4,71	1,422 - 15,596
Nada o poco	120	13	37,6	107	14,0	6,59	1,268 - 34,269
... remuneración que recibe?							
Mucho	138	5	4,3	133	11,8	1,00	
Regular	501	29	44,2	472	42,3	3,09	0,367 - 26,023
Nada o poco	553	41	51,5	512	46,0	1,74	0,153 - 19,841

(*) Significativo análisis bivariado $p \leq 0,05$

(**) Significativo regresión logística $p \leq 0,05$

La única variable asociada al TAG en el análisis multivariado es la satisfacción en relación al trato que se recibe por parte del jefe.

El 49,2% de las personas que padecen TAG se encuentran regularmente satisfechas con el trato que recibe por parte del jefe.

El 54,2% de las personas que tienen TAG están regularmente satisfechas con las actividades o funciones que desarrollan en el trabajo.

El 56,9% de las personas que padecen TAG se encuentran regularmente a gusto con el ambiente físico donde laboran.

El 43,4% de los que presentan TAG se encuentran regularmente satisfechos con sus compañeros de labor.

El mayor grupo, es decir el 52,1% de personas con TAG se encuentran regularmente satisfechas con la carga de trabajo que desarrollan diariamente.

El 51,5% de personas con TAG se encuentran nada o poco satisfechas con la remuneración que reciben.

Tabla 4: Trastorno de Ansiedad Generalizada sin comorbilidad a seis meses y actividades de la vida religiosa

Actividades de la vida religiosa	Tamaño de la Muestra	Trastorno de Ansiedad Generalizada sin comorbilidad a seis meses				OR	IC 95%
		Sí		No			
		n	%	n	%		
¿Cuán importante es Dios en su vida?							
Mucho	1836	139	90,5	1697	87,8	1,00	
Nada	32	1	0,7	31	1,9	1,13	0,183 - 6,941
Poco	57	4	2,2	53	2,9	0,88	0,274 - 2,825
Regular	143	8	6,6	135	7,4	0,98	0,416 - 2,321
¿Qué religión tiene?							
Ninguna	68	1	0,8	67	3,9	1,00	
Católica	1707	134	94,4	1573	88,4	3,63	0,686 - 19,216
Evangélica	150	9	4,8	141	7,8	2,49	0,400 - 15,505
¿Asiste a la iglesia o templo?							
No	735	52	32,6	683	36,2	1,00	
Sí	1338	100	67,4	1238	63,8	1,12	0,655 - 1,903
¿Participa activamente en algún grupo religioso específico?							
Sí	330	18	13,4	312	16,9	1,00	
No	1743	134	86,6	1609	83,1	1,10	0,570 - 2,139
¿Lee y consulta sus escrituras religiosas? (**)							
Sí	1137	77	45,2	1060	54,8	1,00	
No	936	75	54,8	861	45,2	1,73	1,102 - 2,720
¿Transmite la religión a sus hijos o nietos?							
No	746	43	35,3	703	41,1	1,00	
Sí	1327	109	64,7	1218	58,9	1,45	0,943 - 2,227
¿Cree usted que tener una religión ayuda a solucionar los problemas de la vida? (*) (**)							
No	734	45	25,2	689	34,8	1,00	
Sí	1336	107	74,8	1229	65,2	1,67	1,005 - 2,776

(*) Significativo análisis bivariado $p \leq 0,05$

(**) Significativo regresión logística $p \leq 0,05$

Los factores de la vida religiosa que se asocian al TAG sin comorbilidad a seis meses son la lectura y consulta de las escrituras y la creencia que tener una religión ayuda a solucionar los problemas de la vida; de acuerdo al análisis de regresión logística.

Los que no leen, ni consultan sus escrituras religiosas tienen 1,73 veces más riesgo de tener TAG comparado con los que si leen y consultan sus escrituras religiosas.

La creencia que, tener una religión ayuda a solucionar los problemas de la vida, está asociada a un riesgo 1,67 veces mayor de presentar TAG en comparación con los que no la tienen.

Para el 90,5% de las personas que padecen TAG, Dios es muy importante en sus vidas.

El 94,4% de las personas que tienen TAG son de religión católica.

El 67,4% de los que tienen TAG asisten a una iglesia o templo.

El 86,6% de los que padecen TAG, no participan activamente en algún grupo religioso específico.

En relación al transmitir la religión a hijos o nietos, el 64,7 % de las personas que padecen de TAG lo hacen.

- **Prevalencia de comorbilidad mental:**

Tabla 5: Trastorno de Ansiedad Generalizada sin comorbilidad a seis meses y Comorbilidad

Comorbilidad	Tamaño de la Muestra	Trastorno de Ansiedad Generalizada sin comorbilidad a seis meses				OR	IC 95%
		Sí		No			
		n	%	n	%		
Distimia							
No	2045	151	7,3	1894	92,7	1,00	
Si	32	1	8,2	31	1,14	1,14	0,151 - 8,672
Tabaquismo							
No	2046	150	7,2	1896	92,8	1,00	
Si	27	2	14,9	25	85,1	2,27	0,531 - 9,671
Alcoholismo							
No	2044	149	7,2	1895	92,8	1,00	
Si	29	3	11,8	26	88,2	1,72	0,449 - 6,578
Consumo actual de sustancias (no alcohol)							
No	1636	124	7,8	1512	92,2	1,00	
Si	441	28	5,6	413	94,4	0,70	0,431 - 1,141
Consumo actual de sustancias legales (no alcohol)							
No	1646	125	7,8	1521	92,2	1,00	
Si	431	27	5,5	404	94,5	0,70	0,426 - 1,143
Enfermedad física							
No	1405	96	6,9	1309	93,1	1,00	
Si	670	56	8,1	614	91,9	1,18	0,756 - 1,855

Como se observa, la comorbilidad de TAG, en porcentaje de la otra enfermedad hallada en este estudio fue de: tabaquismo (14,9), alcoholismo (11,8), distimia (8,2), enfermedad física (8,1), consumo actual de sustancias (5,6) y consumo actual de sustancias legales (5,5).

Es importante señalar, que las características de estas variables están descritas en la sección definición operacional de variables, en las páginas 21 y 22.

- **Prevalencia de Comorbilidad Física:**

Tabla 6: Trastorno de Ansiedad Generalizada sin comorbilidad a seis meses y Comorbilidad Física

Comorbilidad Física	Tamaño de la Muestra	Trastorno de Ansiedad Generalizada sin comorbilidad a seis meses				OR	IC 95%
		Si		No			
		n	%	n	%		
Sistema Respiratorio							
Dificultad Respiratoria	39	2	4,2	37	5,7	0,72	0,142 - 3,620
Neumonía / Bronconeumonía	14	2	4,6	12	1,9	2,47	0,513 - 11,934
Amigdalitis / Bronquitis (*)	77	1	1,7	76	12,1	0,124	0,016 - 0,944
Sistema Digestivo							
Diarrea severa	7	1	1,7	6	0,8	2,04	0,220 - 18,924
Gastritis	92	10	20,1	82	14,1	1,53	0,652 - 3,565
Sistema Renal							
Infección renal / Urinaria	65	9	14,7	56	7,8	2,04	0,776 - 5,359
Sistema Reproductivo y Mamas							
Enfermedad de próstata	9	1	2,2	8	1,5	1,47	0,160 - 13,514
Aborto	4	1	3,8	3	0,3	12,172	1,202 - 123,243
Infecciones	11	2	1,7	9	0,9	1,88	0,358 - 9,846
Sistema Cardiovascular							
Hipertensión / Presión alta	55	4	4,1	51	9,6	0,40	0,128 - 1,232
Insuficiencia cardiaca	7	1	0,8	6	1,0	0,81	0,130 - 4,985
Infarto / Angina de pecho	5	1	1,8	4	0,6	3,17	0,309 - 32,508
Sistema Endocrino							
Colesterol	36	4	6,3	32	5,3	1,19	0,362 - 3,900
Diabetes	14	1	1,1	13	2,7	0,382	0,047 - 3,099
Sistema Músculo Esquelético							
Artritis / Reumatismo	26	4	8,0	22	4,1	2,06	0,560 - 7,547
Traumatismos	28	1	2,8	27	4,4	0,61	0,078 - 4,788
Piel y Anexos							
Quemadura	6	1	3,9	5	0,8	4,98	0,529 - 46,934
Úlcera	5	2	5,2	3	0,7	8,03	1,258 - 51,211

La comorbilidad física más frecuente al TAG son neumonía o bronconeumonía, diarrea severa, la infección renal o urinaria, aborto, infarto o angina de pecho, artritis o reumatismo y las enfermedades en piel y anexos.

En el sistema Digestivo; el 1,7% de los que padecen de TAG padecen concomitantemente de diarrea severa.

En el sistema Respiratorio, el 4,6% de las personas con TAG presentaron neumonía o bronconeumonía en los últimos 6 meses.

El 14,7% de los que padecen de TAG presentan concomitantemente infección renal o urinaria.

El 3,8% de las mujeres que cursaron con TAG tuvieron algún aborto.

En el sistema cardiovascular, el 1,8 % de las personas que padecen de TAG sufrieron algún infarto o angina de pecho.

El 6,3% de las personas que padecen de TAG tienen alguna alteración en el colesterol.

El 8% de los que tienen TAG tienen a la vez artritis.

El 5,2% de las personas que cursan con TAG tienen como comorbilidad las úlceras en la piel.

Capítulo 5

Discusión

Algo resaltante de este estudio, es que esta es la primera vez en la que se investigan sobre las características asociadas al TAG en nuestra zona (América del Sur).

Este estudio está basado en el estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” desde agosto hasta noviembre del mismo año. Este estudio de tipo descriptivo, epidemiológico, de corte transversal, se realizó mediante una entrevista directa, por psicólogos debidamente capacitados. Esta investigación contó con una muestra conformada por un total de 2077 personas mayores de 18 años. Todas las personas entrevistadas otorgaron su consentimiento en forma escrita para la realización de la encuesta³.

La prevalencia de seis meses y de vida del TAG fue de 7,3% y 9,9%, respectivamente, esta cifra es comparable a lo encontrado en el estudio realizado por Ansseau y colaboradores, así como a lo encontrado por Kroenke y colaboradores; pero son cifras más alta que las reportadas por otros estudios, donde la prevalencia de TAG oscila entre 0,8% y 4,1% (Hunt y col, 2002; Vicente y col, 2002; Kessler y col, 2005; Grant y col, 2005; Lim y col, 2005; Smith y col, 2006; Muhsen y col, 2008; Ma y col, 2009^{4, 35, 7, 30, 36, 8, 11, 12, 37}. Estas cifras reportadas reflejan la alta prevalencia de este trastorno en nuestra ciudad, como se puede evidenciar al revisar las principales causas de atención en los Hospitales Especializados de Lima, especialmente en el Hospital Hermilio Valdizan, donde constituye el sexto diagnóstico más frecuente de los pacientes que se atienden en consulta externa^{38, 39, 40}. No existen mayores estudios en nuestra localidad con los cuales podamos comparar estos resultados.

La asociación entre el TAG y ciertos factores de riesgo sociodemográficos, ha sido ya descrita por la literatura. Este estudio muestra el significativo rol del sexo, estado civil, lengua materna, el trabajo remunerado, el trato del jefe y algunas actividades de la vida religiosa como factores de riesgo para el TAG. El TAG es más frecuente en las mujeres que en los hombres, estos son datos coincidentes con la

mayoría de estudios epidemiológicos realizados desde 1980. El ser mujer está asociado con un mayor riesgo de desarrollar un TAG. Los datos encontrados sobre la edad en la que se presenta el mayor porcentaje de TAG coinciden con lo encontrado por otros investigadores como Grant y col, 2005⁴. Sobre el curso de la patología a lo largo de la vida, es importante recalcar que en varios estudios, el rango de edad de más alta prevalencia coincide parcialmente con los datos encontrados en nuestro estudio, pero difiere en que en los otros estudios la prevalencia disminuye gradualmente en los siguientes 20 años. Esta característica no se observa en nuestra población, el decremento de la cifra disminuye muy ligeramente a lo largo de los siguientes 20 años, no llegando a los niveles previos observados ni en los adultos mayores^{4, 8, 30, 36}. Esto se podría deber a diferentes razones, primero que la gran mayoría de personas que padecen TAG que no buscan ayuda profesional de ningún tipo, la falta de diagnóstico, el inadecuado y tardío tratamiento que recibió la población que la padeció y la característica recurrente de la patología^{30,36,7,8,4,35,32,6}. En segundo lugar, lo podríamos relacionar con la mayor incidencia de comorbilidad, sobre todo la física que se asocia a mayor edad. Y en tercer lugar, a que los adultos mayores constituyen el grupo con mayor resistencia a reportar sus síntomas psicológicos; además a las características de la jubilación y el trato en torno al adulto mayor que se da en los países desarrollados, de donde son la mayoría de estudios en los que se ha investigado estas características, por lo que constituyen la mayor parte de literatura relacionada y la fuente de comparación con nuestros resultados. También se encontró, que el grupo con más bajo porcentaje de TAG sin comorbilidad a seis meses según edad, está entre los 18 y 24 años; estos datos son coincidentes con lo descrito por la literatura, así mismo este dato es señalado por Wittchen y colaboradores en el 1994 y otros investigadores^{6, 36, 4, 8}.

De acuerdo al análisis bivariado, el estado civil se asocia a la presentación de TAG, estos son hallazgos que coinciden con lo encontrado por otros estudios en los que el riesgo de padecer de TAG es mayor en individuos viudos, separados o divorciados (Grant y colaboradores 2005; Hunt y colaboradores 2002; Lim y colaboradores 2005; Bélanger y colaboradores 2005^{4, 8,7,27}). En relación al nivel educativo, se observa que el grupo que concluyó la secundaria y bachillerato presentan un mayor porcentaje de este trastorno. Nuestros hallazgos van en la misma línea que otros resultados dados por Hunt y colaboradores 2002; Kessler y Wittchen 2002; Lim y colaboradores 2005; Ansseau y colaboradores 2008; Ma y

colaboradores 2009^{7,8,16,35,36}. Nuevamente, nuestros hallazgos son coincidentes con los estudios previos y la literatura al respecto, los que nos señalan que el TAG es más común en personas con desventajas sociales y económicas. Un dato nuevo que se encontró en esta investigación es que tener el castellano como lengua materna aumenta significativamente el riesgo de padecer de TAG en los pobladores de Lima Metropolitana y el Callao, esto probablemente se deba al gran porcentaje de personas de lengua castellana; así como a una estigmatización de las lenguas autóctonas de nuestro país, lo que podría disminuir el reporte de ésta.

En relación a los factores socioeconómicos en nuestros pobladores con TAG, vemos que los más altos porcentajes de TAG se presentan en los pobres, en los que no tienen trabajo remunerado, en los que trabajan 50 horas o más en la semana, en los que tienen un trabajo temporal y/o cuando el ingreso mensual neto promedio es menor de 300 soles. Es importante destacar la mayor asociación que existe entre la falta de trabajo remunerado y el TAG. Es decir, se observa en general una relación cercana entre cada uno de los subfactores y el TAG. Como lo descrito por la literatura, el TAG se encuentra más frecuentemente en los que sufren desventajas económicas, como lo citamos previamente. Por el contrario, se ve mayor frecuencia de TAG cuando el cargo que se desempeña en el trabajo es de más alta responsabilidad, como empleador o patrono. Estos hallazgos reproducen lo encontrado por otros investigadores en Australia 2002; Singapur 2005; Canadá 2005; Estados Unidos 2005; Bélgica y Luxemburgo 2008; Israel 2008; China 2009; en donde se evidencia que los sujetos en ambos extremos socioeconómicos, es decir pobres y ricos, tienen mayores índices de TAG, lo que no está aún muy descrito en la literatura. De acuerdo al estudio de Lim y colaboradores, las personas que están en los grupos extremos socioeconómicos experimentan más eventos vitales amenazantes. En efecto, la población pobre reporta más enfermedades graves, desempleo, despidos del trabajo y problemas con la ley en comparación con otros sujetos. Los ricos reportan significativamente mayores experiencias adversas en sus relaciones y riesgos de perder afecto (enfermedades de parientes cercanos, importantes problemas en las relaciones con amigos cercanos o parientes y pérdidas), y ambos grupos reportan significativamente más crisis financieras. Así mismo Ma y colaboradores agregan, que la gente pobre es quien más carece de trabajo o tiene insuficiente acceso a los servicios básicos de salud y debe afrontar diariamente una batalla por sobrevivir. Contrariamente, las personas ricas o con mayores cargos

tienen una excesiva carga de trabajo y grandes responsabilidades que les generan tensión permanente en su vida diaria. Las experiencias que amenazan la vida se asocian también con TAG ^{4,7,8,27,30, 35, 36}.

En este estudio se investigó sobre la satisfacción en relación al trabajo, dato no indagado en otros estudios y sin duda el pionero en el país. La variable asociada, al TAG en el análisis multivariado, es la satisfacción en relación al trato que se recibe por parte del jefe. Casi la mitad de la población que padece TAG se encuentra regularmente satisfecha con el trato que recibe por parte de su jefe. Es importante señalar, que en relación a los diferentes ítems con los que se evalúa de forma subjetiva el ambiente laboral, los pacientes con TAG presentan menores calificaciones en general en comparación con las personas que no padecen esta patología. Esto nos podría revelar las distorsiones perceptivas y cognitivas que se asocian a esta enfermedad; que además perpetúan la misma. Sería importante ampliar los conocimientos en este campo, con estudios en este sentido.

La relación entre religión y enfermedad mental es compleja. El Perú es un país predominantemente católico. El factor religioso es muy importante para la población de la capital y la mayoría cree que obtendrá apoyo para enfrentar los retos cotidianos que les da la vida. Como lo demuestran los datos recopilados en el Estudio Epidemiológico Metropolitano, 2002; el 88% de la población cree que Dios es muy importante, el 89% siente la protección de Dios; el 66% cree que la religión ayuda a solucionar problemas; el 64% asiste a iglesias o templos; el 59% transmite la religión a sus hijos y el 54% lee escrituras religiosas ³. Los factores de la vida religiosa que se asocian al TAG sin comorbilidad a seis meses son la lectura y consulta de las escrituras, así como la creencia que tener una religión ayuda a solucionar los problemas de la vida. En este estudio se reveló que frente a las actividades de la vida religiosa, las personas con TAG presentan la misma valoración que los que no tienen este trastorno; con la diferencia que la población estudiada presenta en todos los puntos porcentajes más altos. El citado patrón se invierte al indagar sobre la lectura y consulta de las escrituras religiosas; ya que a diferencia de las personas que no tienen TAG, los que si padecen de este trastorno dicen no leer ni consultar sus escrituras religiosas, en un mayor porcentaje. Esta apreciación propia sobre las conductas religiosas puede estar teñida de las distorsiones cognitivas propias de la enfermedad. En algunos estudios se ha encontrado que la frecuencia del TAG es mayor si se tiene una religión. Esta asociación entre los trastornos de ansiedad y la religión no es

sorprendente, dado que los individuos nerviosos son más proclives a buscar recursos mágicos y aceptan ciertas creencias religiosas; como lo describe Lim y colaboradores⁷.

En nuestra población se encontró que el TAG se presenta de forma comórbida con tabaquismo, alcoholismo, distimia, consumo actual de sustancias en general, consumo actual de sustancias legales (no alcohol) y enfermedad física. La comorbilidad con distimia, ya ha sido descrita por otras investigaciones, en estas se habla sobre una mayor relación de la distimia y el trastorno bipolar tipo I al TAG, en comparación con el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar tipo II ⁴. A diferencia de otras investigaciones, en nuestra población no se encontró a la depresión como comorbilidad, esto probablemente se deba a la mayor frecuencia de distimia en la población, lo que facilita su detección. Tampoco se encontró en este estudio que el TAG presente comorbilidad con otros trastornos de ansiedad; a diferencia de lo encontrado por otras investigaciones^{6,7,8}. Este es un dato a ser investigado en futuros proyectos. A diferencia de otros estudios en los que las más altas tasas de comorbilidad se asocian a los trastornos de ansiedad y a los trastornos afectivos, y en último lugar a los trastornos por consumo de sustancias; en este estudio la tasa más alta de comorbilidad mental asociada a TAG son los trastornos por consumo de sustancias^{4,8,36}. En relación a la comorbilidad, consumo de sustancias, nuestros resultados superan en magnitud a los encontrados por otros estudios, con tasas altas de consumo actual de sustancias en general, entre estas sustancias se incluyen al tabaco, tranquilizantes, pastillas para el dolor de cabeza, jarabe para la tos, estimulantes (bajar apetito), éxtasis, marihuana, cocaína, pasta básica de cocaína, heroína, alucinógenos, hoja de coca, inhalantes, otros. Estas altas cifras podrían deberse a que los pacientes se automedican o consumen alguna sustancia con el fin de calmar la molestia que les ocasiona el TAG. Otra razón que explicaría estos resultados es la gran prevalencia de esta patología en nuestra nación. Esto último es una realidad en la ciudad y en nuestro país, donde los índices de consumo de sustancias legales superan por grandes cifras las reportadas para las sustancias ilegales³. Además, es importante señalar la asociación del TAG con el tabaquismo y el alcoholismo, este hallazgo coinciden con lo encontrado por algunos estudios (Wittchen y col. 2002; Hunt y col. 2002; Grant y col. 2005; Ma y col. 2009)^{4,6,8,36}. El porcentaje de personas con TAG que presentan de forma comórbida alguna enfermedad física es de 8,1%, cifras comparables con otros estudios^{30,7}. La

presencia de alguna enfermedad física o accidente durante los últimos 6 meses fue menor en las personas con trastornos de ansiedad (TAG) en comparación con los que no padecen este trastorno; estos datos difieren de los reportados por otros estudios como los realizados en Zurich 2009; Israel 2008; Quebec 2005; Singapur 2005; Connecticut 2003^{7,19,27,30,32}, este dato también fue reportado por Wittchen y Kessler 2002^{6,16}.

Se observó que la comorbilidad física más frecuente al TAG es neumonía o bronconeumonía, diarrea severa, infección renal o urinaria, aborto, infarto o angina de pecho, artritis o reumatismo y las enfermedades en piel y anexos. Estos hallazgos han sido ya descritos por Lim y colaboradores, Muhsen y colaboradores^{6,7,30,31}. La asociación entre los trastornos de ansiedad, enfermedades respiratorias y el peor control de la enfermedad respiratoria ya ha sido documentada en otros estudios; así mismo hay estudios donde se encontró una asociación significativa entre el TAG y los trastornos cardiacos, la hipertensión, los problemas gastrointestinales, los problemas genitourinarios y la migraña. También se puede señalar que la prevalencia de artritis encontrada en este estudio es comparable con la encontrada en otros; en los cuales la artritis está asociada con mayor riesgo de TAG⁷. Es decir, las personas con TAG tienden a tener altas tasas de enfermedades médicas. La interacción entre los trastornos de ansiedad y las enfermedades médicas es compleja, existiendo una relación bidireccional^{6,7,30,31}.

Este estudio tiene algunas limitaciones. La información que tenemos en relación al consumo de sustancias legales e ilegales y a las enfermedades físicas presentadas por los pacientes, es exclusivamente por los reportes que ellos mismos han dado. Cabe además señalar, que en este estudio no se recabaron datos sobre el consumo actual de alcohol. Es importante recordar que no se incluyó a las personas que no comprenden el español perfectamente y a los que tenían problemas que impidan la comunicación³.

Capítulo 6

Conclusiones

Se puede concluir que, al cruzar las variables TAG sin comorbilidad a seis meses y factores demográficos; de este último solo sexo, estado civil y lengua materna presentaron una asociación estadísticamente significativa con un $p < 0.05$. Más aun, quienes presentaron mayor probabilidad en dicha asociación fueron las mujeres, los no solteros y aquellos de habla castellana con un OR de 1.6, 2.2 y 2.7 respectivamente. El TAG afecta en su mayoría a la población económicamente productiva de nuestra ciudad, llegando el grupo de 25 a 44 años tener los porcentajes más altos.

En cuanto a las variables socioeconómicas como nivel de pobreza, trabajo remunerado, horas de trabajo semanal, ocupación, modo de trabajo e ingreso mensual de los cuales se hubiera podido colegir su relación con el TAG sin comorbilidad a seis meses; solo el trabajo remunerado tuvo asociación estadísticamente significativa, con un $p < 0.05$, donde el no estar remunerado presentaba un mayor riesgo relativo que el estar remunerado.

La variable satisfacción laboral estaba conformada por la evaluación subjetiva en relación a las actividades que desarrolla, el ambiente físico donde labora, sus compañeros de labor, la carga de trabajo diaria, el trato que recibe de sus jefes y la remuneración que recibe. Al cruzar las características antes mencionadas con el TAG con comorbilidad a seis meses, se observó que el estar nada o poco satisfecho con las actividades o funciones que desarrolla presentó un OR de 2 respecto al estar muy satisfecho; esto es estadísticamente significativo con un $p < 0.05$. Igualmente, el estar nada o poco satisfecho con el trato que se recibe de los jefes aumentó el riesgo de padecer TAG en 6 veces, en comparación con quien estuvo muy satisfecho; con una significancia de $p < 0.05$.

El Perú es un país de marcada religiosidad y dentro de esta, las actividades de la vida religiosa son múltiples, por ello fue oportuno cruzar esta variable con el TAG sin comorbilidad a seis meses obteniéndose resultados estadísticamente significativos ($p < 0.05$) en la lectura y consulta de las escrituras religiosas y la creencia que tener una religión ayuda a solucionar los problemas de la vida. Ambas conductas presentaron fuerte asociación estadística con el TAG.

Con respecto a la comorbilidad presente junto al TAG a seis meses, se puede llegar a la conclusión; no usando el nivel de significancia sino el valor porcentual, ya que los tamaños de muestra son cuasi equivalentes entre el resto de enfermedades y trastornos, que la mayor comorbilidad encontrada fue el tabaquismo seguido del alcoholismo, distimia, presencia de enfermedad física, consumo actual de sustancias en general (no alcohol) y finalmente el consumo actual de sustancias legales (no alcohol).

En el caso de la comorbilidad física, que como antes hemos mencionado, representaba porcentualmente mayor ocurrencia junto al TAG a seis meses. De esta comorbilidad, aquella que presentó una significancia estadística, $p < 0.05$, fue amigdalitis / bronquitis; si bien porcentualmente un quinto de los que presentaban TAG padecían gastritis.

En conclusión, dada la alta prevalencia de este trastorno en nuestra ciudad, en comparación con la mayoría de estudios ^{4,7,8,11,12,30,35,36,37}, se deben hacer esfuerzos para mejorar el reconocimiento de esta patología. Así mismo, se debe investigar éste en todo el país. El número de psiquiatras en el Perú es aun reducido, no llegando a cubrirse la demanda de atención; por lo cual es importante capacitar desde las universidades a los diferentes profesionales de la salud. Esta capacitación es indispensable en los estudiantes de medicina, ya que ellos se distribuirán a lo largo de toda nuestra nación; desempeñándose en muchas ocasiones como jefes de diferentes establecimientos de salud. Es aun más importante capacitar al personal médico que ya se encuentra laborando en los centros de atención del primer y segundo nivel en salud mental y en especial en los trastornos de ansiedad y en el TAG. Estas podrían ser soluciones plausibles, que facilitarían la detección de la patología y de ser necesario, la intervención del psiquiatra.

Este estudio ha identificado importantes subgrupos de la población en riesgo de desarrollar TAG, esta es información necesaria para la planificación de servicios de salud y el desarrollo de programas de prevención en salud. Con los resultados de este estudio se demuestra que los sujetos en ambos extremos socioeconómicos, es decir pobres y ricos, tienen mayores índices de TAG. En nuestro medio está más frecuentemente asociado a los postergados sociales. Queda claro, que existe una importante prevalencia de comorbilidad somática en el TAG de adultos en nuestra ciudad. Este es un aspecto importante a ser recordado e investigado en futuros

estudios. No debemos olvidar que la comorbilidad del TAG con la dependencia a tabaco y a alcohol alcanza cifras importantes.

Capítulo 7

Recomendaciones

Futuros estudios podrían investigar el curso de la enfermedad en nuestra población, el impacto que tiene en el funcionamiento de nuestros pacientes y las características del tratamiento. Así mismo sería muy útil indagar sobre las características de las personas y de la atención que se da a los pacientes con este diagnóstico en los centros de atención del primer, segundo y tercer nivel de la ciudad. Así como, averiguar cuánto conocen los médicos del primer y segundo nivel de atención sobre este diagnóstico. En esta misma población, se podría planear futuros estudios que examinen el inicio y el curso clínico de la comorbilidad médica, es decir investigar por condición médica específica.

Otras investigaciones podrían ampliar los conocimientos sobre la prevalencia del TAG en relación con la edad, con el fin de identificar las diferencias con otras poblaciones. También sería importante incluir en este análisis a las zonas rurales de nuestro país, ya que algunos estudios nos muestran la mayor incidencia de esta patología en esa área.

Es necesario revisar la encuesta utilizada en este estudio e incluir preguntas para indagar sobre algunos otros trastornos, como por ejemplo consumo actual de alcohol. A la vez, es preciso reconocer que estos cambios se vienen dando progresivamente en las nuevas ediciones de los estudios epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”.

Finalmente creemos que es muy importante replicar estudios sobre esta patología a nivel nacional, para poder seguir conociendo las características asociadas al TAG en todo nuestro país.

Capítulo 8

Bibliografía

- ¹ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.
- ² Velásquez A. La carga de enfermedad y Lesiones en el Perú y las prioridades del Plan Esencial de Aseguramiento Universal. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009; 26(2): 222-31.
- ³ Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2002; Vol. XVIII
- ⁴ Grant B, Hasin D, Stinson F, Dawson D, Ruan W, Goldstein R, Smith S, Saha T, Huang B. Prevalence, correlates, comorbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related conditions. *Psychological Medicine*, 2005, 35, 1747-1759
- ⁵ Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The epidemiology of Generalized Anxiety Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2001 Mar; 24 (1): 19-39
- ⁶ Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: Prevalence, Burden and cost to society. *Depression and Anxiety* 2002;16 : 162-171
- ⁷ Lim L , Pin Ng T, Choon Chua H , Chiang Chiam P ,Won V , Lee T , Fones C , Heok Kua E. Generalized anxiety disorder in Singapore: prevalence, co-morbidity and risk factors in a multi-ethnic population. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40:972-979
- ⁸ Hunt C, Issakidis C, Andrews G. DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med*. 2002 ; 32 (4): 649-659
- ⁹ Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General ; Vol. XIX: 82-88
- ¹⁰ Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2005; Vol. XXI:84-87
- ¹¹ Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM III-R/CIDI) (ECPPI): *Rev. Méd. Chile* 2002; 130: 527-536

-
- ¹² Kessler R, Chiu W, Demler O, Walters E. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12- Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 617-627
- ¹³ Baca E. Trastornos de ansiedad. En Alarcón RD, Mazzotti G & Nicolini H (Eds.) *Psiquiatría, Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud, Programa PalTex y Editorial El Manual Moderno; Washington DC – México DF, 2005; 461-468*
- ¹⁴ Kroenke K, Spitzer R, Williams J, Monahan P, Löwe B. Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Ann Intern Med* 2007; 146: 317-325
- ¹⁵ Maier W, Gansicke M, Freyberger H, Linz M, Heun R, Lecrubier Y. Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 29-36
- ¹⁶ Kessler R, Wittchen HU. Patterns and Correlates of Generalized Anxiety Disorder in Community Samples. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (suppl 8) : 4-10
- ¹⁷ Sadock B & Sadock V. Anxiety Disorders. En Sadock B & Sadock V. *Synopsis of Psychiatry, Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins; Philadelphia, USA, 2007; 622-627*
- ¹⁸ Mantella R, Butters M, Dew M, Mulsant B, Begley A, Tracey B, Shear M, Reynolds Ch, Lenze E. Cognitive Impairment in Late-Life Generalized Anxiety Disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15, 8:673-679
- ¹⁹ Härter M, Conway K, Merikangas K. Associations between anxiety disorders and physical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 313- 320
- ²⁰ Bruce S, Yonkers K, Otto M, Eisen J, Weisberg R, Pagano M, Shea M, Keller M. Influence of Psychiatric Comorbidity on Recovery and Recurrence in Generalized Anxiety Disorder. Social Phobia, and Panic Disorder: A 12- Year Prospective Study. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1179-1187
- ²¹ Hoffman D, Dukes E, Wittchen H. Human and Economic Burden of Generalized Anxiety Disorder. *Depression and Anxiety*, 2008; 25: 72 - 90
- ²² Moffitt T, Caspi A, Harrington H, Milne B, Melchior M, Goldberg D, Poulton R. Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychological Medicine*, 2007; 37: 441-452
- ²³ Ormel, J., Vonkorff, M., Ustun, T. B., Pini, S., Korten, A. & Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO

Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Journal of the American Medical Association* 272, 1741–1748.

²⁴ Baca E. Trastornos de ansiedad. En Alarcón RD, Mazzotti G & Nicolini H (Eds.) *Psiquiatría*, Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud, Programa PalTex y Editorial El Manual Moderno; Washington DC – México DF, 2005; 461-468

²⁵ Vallejo Ruiloba J. Trastornos de angustia. En Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*, 4ta Edición. Masson; Barcelona, España 2000; 383-399

²⁶ Sadock B & Sadock V. Anxiety Disorders. En Sadock B & Sadock V. *Synopsis of Psychiatry*, Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins; Philadelphia, USA, 2007; 622-627

²⁷ Bélanger L, Ladouceur R, Morin Ch. Generalized anxiety disorder and health care use. *Can Fam Physician* 2005; 51: 1362-1363

²⁸ Hunt C, Issakidis C, Andrews G. DSM-IV Generalized Anxiety Disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med* 2002; 32(4): 649-659

²⁹ Moffitt T, Caspi A, Harrington H, Milne B, Melchior M, Goldberg D, Poulton R. Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychological Medicine*, 2007; 37: 441-452

³⁰ Muhsen K, Lipsitz J, Garty-Sandalon N, Gross R, Green M. Correlates of generalized anxiety disorder: independent of co-morbidity with depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 898- 904

³¹ Härter M, Conway K, Merikangas K. Associations between anxiety disorders and physical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 313- 320

³² Angst J, Gamma A, Baldwin D, Ajdacic-Gross V, Rössler W. The generalized anxiety spectrum: prevalence, onset, course and outcome. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 259: 37-45

³³ Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, Décima Revisión: Trastorno Mentales y del Comportamiento. Washington, D. C.: OPS; 1995

³⁴ Instituto Especializado de Salud Mental. *Confiabilidad y Validez de los cuestionarios de los estudios Epidemiológicos de Salud Mental de Lima y la Selva Peruana. Suplemento. Anales de Salud Mental* 2009; Vol. XXV: 12-16

- ³⁵ Ansseau M, Fischler B, Dierick M, Albert A, Leyman S, Mignon A. Socioeconomic Correlates of Generalized Anxiety Disorder and Major Depression in Primary Care: The GADIS II Study (Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II). *Depression and Anxiety* 2008; 25: 506 – 513
- ³⁶ Ma X, Xiang Y, Cai Z, Lu J, Li S, Xiang Y, Guo H, Hou Y, Li Z, Li Z, Tao Y, Dang W, Wu X, Deng J, Lai K, Ungvari G. Generalized Anxiety Disorder in China: Prevalence, Sociodemographic Correlates, Comorbidity, and Suicide Attempts. *Perspectives in Psychiatric Care* 2009; 45: 119 - 127
- ³⁷ Smith S, Stinson F, Dawson D, Goldstein R, Huang B, Grant B. Race/ ethnic differences in the prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine* 2006; 36: 987 - 998
- ³⁸ http://www.minsa.gob.pe/hhv/Estadisticas/Perfil_CE_2008.pdf
- ³⁹ Compendio 2008. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” Oficina de Estadística e Informática. Abril 2009 Lima – Perú. Ministerio de Salud del Perú
- ⁴⁰ Análisis de la Situación de Salud. DISA V Lima Ciudad. Hospital “Víctor Larco Herrera” Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Magdalena del Mar, Diciembre 2008. Ministerio de Salud del Perú