

Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada

María del Pilar Marjan López de la Parra,¹ Danelia Mendieta Cabrera,² Manuel Alejandro Muñoz Suarez,³ Adriana Díaz Anzaldúa,⁴ José Francisco Cortés Sotres⁵

Artículo original

SUMMARY

Objective

To determine which clinical factors predict disability and poor quality of life in patients with generalized anxiety disorder.

Methodology

This was a descriptive cross-sectional study. Data were analyzed using frequencies, percentages, mean. A linear regression analysis was used to determine how demographic factors predict clinical disability and poor quality of life.

Results

We found that the presence of a family history of anxiety disorders, as well as higher scores on the Hamilton Depression Scale, predict a lower quality of life; unlike an older age which predicts a higher quality of life in these patients. Higher levels of disability were associated with males, a younger age, comorbid Axis II disorders, the presence of a family history of anxiety disorders, and higher scores on the Hamilton Depression Scale.

Conclusions

Depressive symptoms and a family history of anxiety are associated with a poor quality of life. Knowing which factors predict the quality of life and disability in patients may guide us towards a more comprehensive diagnosis and treatment approach. This means will not just treat symptoms, but will seek patients' functional recovery, which leads in turn to a better quality of life.

Key words: Generalized anxiety disorder, quality of life, disability.

RESUMEN

Objetivo

Determinar qué factores clínicos predicen la discapacidad y la mala calidad de vida en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.

Material y métodos

Se trató de un estudio descriptivo y transversal. Los datos se analizaron mediante frecuencias, porcentajes y promedios. Se utilizó un análisis de regresión lineal para determinar cómo predicen los factores clínicos y demográficos la discapacidad y la mala calidad de vida.

Resultados

Encontramos que la presencia de antecedentes hereditarios de trastornos de ansiedad, así como mayores puntajes en la Escala de Depresión de Hamilton, predicen una menor calidad de vida, a diferencia de una mayor edad, la cual predice una mayor calidad de vida en estos pacientes. Mayores niveles de discapacidad se asociaron con el sexo masculino, una menor edad de los pacientes, comorbilidad con trastornos del Eje II, presencia de antecedentes hereditarios de trastornos de ansiedad y mayores puntajes en la Escala de Depresión de Hamilton.

Conclusiones

La sintomatología depresiva y los antecedentes familiares de ansiedad se asocian con una mala calidad de vida. Identificar estos factores en los pacientes podría guiar hacia un diagnóstico y tratamiento más integral y efectivo. Esto es, no sólo a tratar síntomas, sino a buscar una recuperación funcional y mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Trastorno de ansiedad generalizada, calidad de vida, discapacidad.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad se cuentan entre los padecimientos mentales más prevalentes y constituyen un problema de salud pública dentro de la sociedad.¹ Se ha estimado que, en todo el mundo, tienen una prevalencia durante la vida de 13.6 a 28.8%, así como una prevalencia en los últimos 12 meses de

5.65 a 19.3%. Estos rangos dependen del procedimiento de muestreo, los instrumentos de diagnóstico y la inclusión o exclusión de los casos de ansiedad secundarios a causa médica.²

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en México los trastornos de ansiedad reportaron una prevalencia de 14.3%. En las áreas metropolitanas de nuestro país fue donde se encontró la mayor prevalencia: 3.4%.³

¹ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM).

² Consulta Externa, Servicios Clínicos del INPRFM.

³ Servicio de Hospitalización y Atención Psiquiátrica Continua de la Subdirección de Servicios Clínicos del INPRFM.

⁴ Departamento de Genética en la Subdirección de Investigaciones Clínicas del INPRFM.

⁵ Departamento de Apoyo Académico de la Dirección de Enseñanza, INPRFM.

Correspondencia: Ma. Pilar Marjan López de la Parra. Michoacán 7 - 202, La Joya, Tlalpan, México DF. E-mail: dra.marlopa@gmail.com

Recibida primera versión: 4 de agosto de 2014. Segunda versión: 28 de agosto 2014. Tercera versión: 6 de octubre de 2014. Aceptado: 7 de octubre de 2014.

Según Virgen y Lara, en nuestro país existe una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años de edad, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, la cual es de dos a uno. Es común que los trastornos de ansiedad coincidan con trastornos depresivos, y que los pacientes reciban tratamiento tardíamente y que esto complique más su manejo. Además, de forma separada, el pronóstico parece ser menos favorable para los trastornos de ansiedad que para los depresivos, lo cual significa que el retorno a una adecuada funcionalidad es menor en esta clase de padecimientos.⁴

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por la presencia de una preocupación excesiva, permanente e incontrolable, que se relaciona en múltiples aspectos de la vida con tensión muscular e hiperactividad autonómica.⁵ Se introdujo como categoría diagnóstica en el *DSM-III*, en 1980.⁶

Los pacientes con TAG buscan principalmente tratamiento debido a alteraciones en el sueño, tensión muscular, dispepsia, fatiga e irritabilidad, y no por la preocupación.⁷ Esto puede acarrear dificultades para el diagnóstico, especialmente cuando se toma en consideración que, conforme al *DSM-IV*, el diagnóstico de TAG no se puede llevar a cabo en presencia de afecciones médicas.²

Las alteraciones cognitivas primarias, asociadas a manifestaciones somáticas secundarias de la ansiedad, alteran la capacidad de trabajo, las relaciones interpersonales y las actividades placenteras. El TAG también aumenta el riesgo de padecer episodios depresivos, comorbilidades somáticas, uso de sustancias —como alcohol— y la automedicación.⁷

Los pacientes con este trastorno presentan una distorsión en su percepción de los riesgos y las amenazas, particularmente aquellos que conciernen a su salud, seguridad y bienestar individual, o el de sus familiares más cercanos. Según la bibliografía especializada, los componentes de las preocupaciones más frecuentes son: relaciones familiares e interpersonales, trabajo, escuela, economía y salud.⁶

Respecto a las características socio-demográficas de los pacientes con TAG, se ha visto que éste es más frecuente en adultos jóvenes, con un rango de presentación de inicio entre los 25 y 35 años de edad. Aquí cabe mencionar que la prevalencia de este diagnóstico aumenta con la edad, sin cambios en los mayores de 60 años.⁵ Respecto al sexo, se han visto tasas mayores en las mujeres, en una relación 2:1. El TAG es más frecuente en personas separadas, así como en sujetos con niveles socioeconómicos bajos y desempleados.⁸

La prevalencia anual mundial del TAG se ha reportado entre 3 y 8%.⁸ Asimismo, se ha visto que la prevalencia de este trastorno varía entre los diferentes países, percepción que se cree se debe a la poca validez de los criterios.⁵ En México, la prevalencia a 12 meses se ha reportado de 0 a 4%, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Comorbilidad.¹⁰

El TAG tiene un impacto considerable y negativo en la vida diaria y la funcionalidad del paciente,¹¹ factor que lo vincula con la calidad de vida. La noción de calidad de vida se

traduce como felicidad o bienestar. Existen varias definiciones de calidad de vida, pero el consenso general existente entre los investigadores es que la calidad de vida se refiere al bienestar subjetivo. Se trata de un constructo basado en los estándares de las personas para determinar qué es una buena vida.¹² Por tanto, la calidad de vida es la evaluación global que hace un sujeto de su vida, y depende tanto de las características del sujeto (demográficas, de personalidad, valores, etc.) como de moduladores externos, como la enfermedad y el tratamiento que requiere ésta.¹³ Las evaluaciones más útiles de calidad de vida deben incluir tanto las estimaciones subjetivas como las objetivas de ésta o diferenciarlas por lo menos.¹⁴

Ware y Sherbourne describieron ocho dominios funcionales de la calidad de vida asociada a la salud: funcionamiento físico, rol físico, dolor somático, salud general, vitalidad, rol emocional, salud mental y funcionamiento social.¹⁵

La discapacidad es un concepto dinámico que cambió drásticamente en la segunda mitad del siglo XX. Este término se ha definido de varias formas, dependiendo de la visión conceptual, la intensidad de la investigación o el propósito del programa. Probablemente, la piedra angular para entender la transformación del concepto de discapacidad haya sido la revisión del Sistema de Clasificación de Discapacidad hecha por la OMS.¹³

Se ha atribuido una discapacidad sustancial a los trastornos mentales y neuropsiquiátricos, los cuales pueden ser igual o hasta más discapacitantes que los padecimientos médicos generales.¹⁶

Como podemos ver en el trabajo de Lara et al. acerca de la calidad de vida asociada a la salud dentro de los trastornos de ansiedad, se ha demostrado una asociación con discapacidad en los roles primarios de la vida, dificultades en las relaciones, disminución de la salud mental y vitalidad, así como un mal funcionamiento físico.¹³

La medición del funcionamiento y bienestar de los sujetos con trastornos de ansiedad lleva a una evaluación más comprensiva del trastorno y su tratamiento.

A pesar de que ha aumentado el interés por la calidad de vida de los pacientes con trastornos de ansiedad, las investigaciones continúan siendo escasas. La calidad de vida y la discapacidad influyen no sólo en el curso de la enfermedad, sino también en las decisiones de tratamiento y en la respuesta al mismo. Los estudios que evalúan la relación entre calidad de vida y trastornos ansiosos los reúnen en un solo grupo y no los abordan como diagnósticos independientes.

La importancia de esta investigación es dual. En primer lugar, no existen estudios que midan tanto la discapacidad como la calidad de vida en pacientes con TAG en población mexicana. En segundo lugar, analizamos la mayoría de los factores relacionados con la calidad de vida y la discapacidad de estos pacientes en nuestra población. El objetivo de esta investigación fue determinar cuáles factores clínicos predicen la discapacidad y la mala calidad de vida en pacientes con TAG.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trató de un estudio descriptivo y transversal. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Posterior a la autorización, se procedió a la inclusión de pacientes. Participaron pacientes con diagnóstico de TAG que acudieron a solicitar atención al Servicio de Preconsulta del INPRFM.

Se incluyó a pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: 1. Hombres o mujeres; 2. edad entre 18 y 65 años; 3. que reunieron los criterios de TAG según el *DSM-IV-TR*; 4. que acudieron a solicitar atención al servicio de preconsulta del INPRFM; 5. que sabían leer y escribir; 6. que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado. Se excluyó a pacientes que presentaron discapacidad intelectual y sensorial o sintomatología psicótica al momento de la evaluación.

Instrumentos clinimétricos

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI, por sus siglas en inglés). Es una entrevista diagnóstica muy estructurada, de duración breve y heteroaplicada. Incluye los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del *DSM-IV* y la CIE-10. Se cuenta con una versión al español descrita por Ferrando y Bobes, que presenta una confiabilidad con Kappa de >0.75 .¹⁷

Inventario de Discapacidad de Sheehan. Es un instrumento que evalúa el nivel de discapacidad de los pacientes psiquiátricos. Consta de cinco reactivos que se agrupan en tres escalas: discapacidad, estrés percibido y apoyo social percibido. Los primeros cuatro reactivos se puntúan con una escala tipo likert de 0 (no, en absoluto) a 10 (extremadamente). No proporciona criterios operativos definidos para el resto de los valores de la escala, sino que considera que de 1 a 3 es "leve"; de 4 a 6, "moderado" y de 7 a 9, "marcado". El reactivo 5 se puntúa en una escala de porcentaje en que 100% significa que ha recibido todo el apoyo que necesitaba. Es una escala que puede ser heteroaplicada y autoaplicada. Proporciona tres puntuaciones, una por cada escala. La puntuación de la escala de discapacidad se obtiene sumando las puntuaciones en los tres reactivos que la componen. No existen puntos de corte: cuanto mayor puntuación, mayor discapacidad. La validación en español de este instrumento, realizada por Bobes en 1999, cuenta con un valor alfa de Cronbach de 0.72, un coeficiente de correlación intraclase elevado de 0.87, 0.63 y 0.75, respectivamente, para el total de incapacidad, el estrés percibido y el apoyo social percibido.¹⁸

Cuestionario de Calidad de Vida y Satisfacción de Endicott. Se desarrolló en 1993 y es una escala autoaplicable que explora el grado de satisfacción que experimentan los pacientes en su calidad de vida en diferentes dimensiones. Estas dimensiones son: salud física, sentimientos subjetivos, tra-

bajo, actividades del hogar, trabajo en la escuela, actividades en tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales. Consta de 93 reactivos que se califican en una escala de 1 a 5. La confiabilidad se evaluó mediante la prueba-reprueba; el instrumento se aplicó los días 1 y 2. Los resultados fueron un coeficiente de correlación intraclase 0.66-0.89 entre las diferentes dimensiones. La consistencia interna se evaluó mediante el coeficiente de alfa de Cronbach; se presentaron resultados de 0.91-0.96 entre las diferentes dimensiones.¹⁹

Escala de Ansiedad de Hamilton. Es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 reactivos que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Es una escala heteroaplicada. Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los reactivos. Los puntos de corte recomendados son: 0-5: ausencia de ansiedad; 6-14: ansiedad leve; >15 : ansiedad moderada/grave. La validez interna del instrumento indica que contiene dos dimensiones: la de ansiedad psíquica y la somática. Por otro lado, la validez de constructo, obtenida por medio del análisis factorial, apoya la idea de un factor psiquiátrico y otro somático.²⁰ La versión en español se validó en 2002; así se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.89 y una fiabilidad interobservador superior a 0.9.²¹

Escala de Depresión de Hamilton. Es una escala heteroaplicada que consta de 21 reactivos. Se utiliza para medir gravedad de la depresión y sirve para medir los cambios a lo largo del tiempo y la respuesta al tratamiento.

La validez de constructo se realizó por medio de un análisis factorial en 1972, y se encontró una confiabilidad de prueba-reprueba de 0.82 y una consistencia interna con coeficiente alfa de Cronbach de 0.73.²² Esta escala se validó en español en 1986, con un alfa de Cronbach de 0.92 y una fiabilidad interobservador entre 0.65 y 0.9.²³

Hoja de datos clínico demográficos. Se trata de una hoja en que se realizó un concentrado de los datos clínicos demográficos, obtenidos durante la entrevista con los pacientes.

Procedimiento

Los pacientes fueron seleccionados tras acudir a solicitar atención al servicio de preconsulta del INPRFM mediante una entrevista clínica abierta. Se seleccionó a aquellos que contaban con un diagnóstico de TAG y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se les invitó a participar y se les otorgó un consentimiento informado para que lo firmaran. Se realizó una entrevista en que se corroboró el diagnóstico con la MINI y se elaboró la hoja de concentración de datos clínico-demográficos. Posteriormente se aplicaron la Escala de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Depresión de Hamilton. Por último, se dieron a los participantes el Inventario de Discapacidad de Sheehan y el Cuestionario de Calidad de Vida y Satisfacción de Endicott para su llenado.

Análisis estadístico

Para la descripción de la muestra se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y promedios y la desviación estándar para las variables dimensionales y cuasidimensionales. Para determinar cómo predicen la discapacidad y la mala calidad de vida los factores clínicos y demográficos, se utilizó un análisis de regresión lineal. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS, versión 17.

RESULTADOS

En este estudio se incluyó un total de 113 pacientes. El 69% fueron mujeres, con un rango de edad de 18 a 64 años y un promedio de 34.26 años; el resto de los datos sociodemográficos se muestra en el cuadro 1. El 57.5% de la muestra eran solteros, que contaban con una escolaridad promedio de 12.5 años. En cuanto a la ocupación, encontramos que únicamente 17.7% de los pacientes se reportaron como desempleados.

Los pacientes tuvieron una edad de inicio promedio de 32.7 años (± 12.9), dentro de un rango de 10 a 62 años de edad, y refirieron un tiempo de evolución del trastorno con un promedio de 25.5 meses (± 28.0). Se evaluó la gravedad de la ansiedad mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton, con lo que se obtuvo un promedio de 26.91 (± 6.95). En 98% de la muestra se observaron puntajes mayores o iguales a 15, lo que los coloca en un grado de ansiedad de moderada a

grave (cuadro 1). También se evaluó la gravedad de la sintomatología depresiva y la puntuación promedio de la Escala de Depresión de Hamilton fue de 15.10 (± 4.85) (cuadro 1).

En cuanto a la comorbilidad, 86% de la muestra presentó comorbilidad psiquiátrica, de los cuales 60.2% tuvo un diagnóstico, 17.7% dos diagnósticos y 8% presentó tres o más diagnósticos. El trastorno comórbido más frecuente fue el trastorno depresivo mayor, con 71.7%. El 54% presentó un episodio depresivo mayor moderado; no se encontraron casos graves (cuadro 2). El 16% presentó comorbilidad médica (cuadro 2).

El 90.3% de los pacientes refirió la presencia de uno o más estresantes. Los hechos estresantes más frecuentes fueron los estresores familiares (38.93%), seguidos por estresores de pareja y laborales, con 24.7 y 16.81%, respectivamente. Haber sido víctima de violencia a lo largo de la vida se encontró con una frecuencia de 38%, siendo la violencia sexual la más común, con una frecuencia 46.51%.

Calidad de vida y discapacidad

Se evaluó la calidad de vida de los pacientes mediante la Escala de Calidad de Vida y Satisfacción de Endicott, la cual se divide en subescalas y para cuya interpretación no existe un punto de corte establecido. Por ello se evaluó tomando en cuenta la media obtenida en cada subescala.

La subescala con menos puntuación fue la que mide el tiempo libre, con la cual se evalúan actividades como ver televisión, leer el periódico o revistas, regar plantas, visitar museos, ver películas o encuentros deportivos. Se encontró así que 31.9% de los pacientes reportaron baja calidad de

Cuadro 1. Datos clínicos y sociodemográficos de pacientes con TAG

	Media	D.E.	Rango
Edad	34.26	12.54	18–64
Escolaridad	12.50	3.99	3–23
Edad de inicio	32.70	12.90	10–62
Tiempo de evolución(meses)	25.52	28.05	0–120
Endicott salud física	32.54	8.63	13–58
Endicott salud mental	37.93	10.54	15–69
Endicott trabajo	38.34	9.92	20–66
Endicott hogar	28.78	8.72	11–50
Endicott estudio	30.00	10.31	12–49
Endicott tiempo libre	16.02	5.77	6–30
Endicott social	31.52	8.00	14–55
Endicott satisfacción	39.99	10.17	17–71
Endicott total	214.06	56.62	102–347
HAM- A	26.91	6.95	11–46
HAM-D	15.10	4.85	4–25
Sheehan trabajo	6.02	2.88	0–10
Sheehan vida social	6.69	2.84	0–10
Sheehan vida familiar	6.34	2.83	0–10
Sheehan estrés	7.29	2.42	0–10
Sheehan apoyo social percibido	56.90	30.85	0–100
Sheehan total	26.35	9.23	2–40

TAG= Trastorno de Ansiedad Generalizada; Endicott= Cuestionario de Calidad de Vida y Satisfacción de Endicott; HAM-A= Escala de Ansiedad de Hamilton; HAM-D= Escala de Depresión de Hamilton; Sheehan= Inventario de discapacidad de Sheehan.

Cuadro 2. Características clínicas de pacientes con TAG*

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Comorbilidad psiquiátrica		
• Ninguna	16	14.2
• Una	68	60.2
• Dos	20	17.7
• Tres	7	6.2
• Cuatro	2	1.8
TDM gravedad		
• Ausente	32	28.3
• Leve	20	17.7
• Moderado	61	54.0
T. de angustia	13	11.5
Distimia	6	5.3
Agorafobia	9	8.0
Otros	7	6.2
Dependencia a sustancias	20	17.6
Comorbilidad médica		
• Ninguna	95	84.1
• Una	14	12.4
• Dos	3	2.7
• Tres	1	.9

TAG=Trastorno de ansiedad generalizada; TDM= Trastorno depresivo mayor; T. de angustia= Trastorno de angustia.

Cuadro 3. Evaluación de discapacidad en pacientes con TAG*

	Sheehan Trabajo (n)	Sheehan Social (n)	Sheehan Familiar (n)
Sin discapacidad	7.07% (8)	4.42% (5)	1.76% (2)
Discapacidad leve	14.15% (16)	12.38% (14)	20.35% (23)
Discapacidad moderada	23.89% (27)	21.23% (24)	20.35% (23)
Discapacidad severa	46.01% (52)	42.47% (48)	47.78% (54)
Discapacidad extrema	8.84% (10)	19.46% (22)	9.73% (11)

*TAG=Trastorno de Ansiedad Generalizada; Sheehan=Inventario de Discapacidad de Sheehan.

vida. Esta subescala fue seguida por la que valora las actividades relacionadas con el estudio, en que 20.6% de los pacientes reportaron baja calidad de vida (cuadro 1).

La discapacidad se midió con el Inventario de Discapacidad de Sheehan. Los pacientes con TAG muestran discapacidad grave en las áreas laboral, social y familiar (cuadro 3).

Modelo de predicción

Para analizar si los datos clínicos y sociodemográficos pueden predecir la mayor discapacidad y mala calidad de vida en estos pacientes, se utilizó un modelo de regresión lineal.

De este modo encontramos que la presencia de antecedentes heredofamiliares de trastornos de ansiedad, así como mayores puntajes en la Escala de Depresión de Hamilton, predicen una menor calidad de vida; a diferencia de una mayor edad la cual predice una mayor calidad de vida en estos pacientes (cuadro 4).

Mayores niveles de discapacidad se asociaron con el sexo masculino, una menor edad de los pacientes, comorbilidad con trastornos del Eje II, presencia de antecedentes heredofamiliares de trastornos de ansiedad y mayores puntajes en la Escala de Depresión de Hamilton (cuadro 4).

Al analizar los predictores en las diferentes sub-escalas del Inventario de Discapacidad de Sheehan, pudimos observar que únicamente la presencia de comorbilidad con trastornos del Eje II, así como mayores puntajes en la Escala de Depresión de Hamilton, predicen una mayor discapacidad en los diferentes rubros.

Es de resaltar que, aunque la presencia de antecedentes heredofamiliares de trastorno de ansiedad predice una

mayor discapacidad total, esto no sucede en la subescala de trabajo. Por otro lado, en la subescala de vida social, la edad no fue un predictor de discapacidad.

Los pacientes que refirieron estar casados mostraron mayor discapacidad en el rubro de vida familiar y en el nivel de estrés percibido.

En la subescala de apoyo social percibido se encontró que únicamente una mayor edad refleja una tendencia para que los pacientes refieran un mayor apoyo social (cuadro 5).

De acuerdo con el modelo de regresión lineal, en las diferentes subescalas del Cuestionario de Calidad de Vida y Satisfacción de Endicott observamos que la única variable predictora de mala calidad de vida común para todos los rubros fue la presencia de mayores puntajes en la Escala de Depresión de Hamilton (cuadro 6).

La presencia de antecedentes heredofamiliares de trastornos de ansiedad predijo menores puntajes en los rubros de salud física, salud mental, tiempo libre y satisfacción en los pacientes con TAG. A su vez, una mayor edad de los pacientes predijo mayores puntajes en la subescala que valora la vida social y la vida laboral. Cabe mencionar que, para efectos del análisis, se unieron las subescalas que valoran el trabajo, el hogar y el estudio, con lo que se obtuvo la subescala laboral (cuadro 6).

DISCUSIÓN

Existen predictores clínicos y sociodemográficos para discapacidad y una mala calidad de vida en pacientes con TAG. En este estudio pudimos observar que la presencia de ante-

Cuadro 4. Modelo lineal de regresión*

	Variable	B	Beta	t	Sig.
Predictores de calidad de vida (Endicott total)	(Constante)	.606		11.588	0.0000000
	Edad	.002	.195	2.427	0.0168688
	AHFANS	-.119	-.272	-3.329	0.0011882
	HAMD	-.017	-.525	-6.546	0.0000000
Predictores de discapacidad (Sheehan Total)	(Constante)	13.453		2.969	0.0036886
	Sexo	4.923	.248	2.915	0.0043350
	Edad	-.181	-.246	-2.895	0.0046025
	EJEII	7.912	.244	2.924	0.0042148
	AHFANS	5.219	.198	2.288	0.0241280
	HAMD	.744	.391	4.542	0.0000147

AHFANS= Antecedentes heredofamiliares de trastornos de ansiedad; HAMD= Escala de Depresión de Hamilton.

Cuadro 5. Predictores de discapacidad en las diferentes sub escalas de Sheehan*

	Variable	B	BETA	t	Sig.
Sheehan trabajo	(Constante)	3.521		2.594	0.0108037
	Sexo	1.554	.250	2.876	0.0048519
	Edad	-.067	-.290	-3.365	0.0010595
	EJEII	1.961	.194	2.245	0.0268348
	HAMD	.171	.288	3.306	0.0012870
Sheehan vida social	(Constante)	1.366		1.053	0.2950000
	Sexo	1.398	0.228	2.489	0.0140000
	EJEII	1.924	0.193	2.169	0.0320000
	AHFANS	1.559	0.192	2.101	0.0380000
	HAMD	0.205	0.351	3.768	0.0000000
Sheehan vida familiar	(Constante)	4.662		3.505	0.0010000
	Sexo	1.090	0.178	2.047	0.0430000
	Estado civil	1.732	0.303	2.973	0.0040000
	Edad de inicio	-0.087	-0.397	-3.910	0.0000000
	EJEII	2.460	0.247	2.837	0.0050000
	HAMD	0.139	0.239	2.735	0.0070000
	(Constante)	5.097		4.505	0.0000000
Sheehan estrés percibido	Edad	-0.071	-0.365	-3.538	0.0010000
	Estado civil	1.022	0.209	2.048	0.0430000
	Escolaridad	0.103	0.169	2.035	0.0440000
	EJEII	1.895	0.223	2.712	0.0080000
	AHFANS	1.310	0.189	2.201	0.0300000
	HAMD	0.168	0.337	4.096	0.0000000
	(Constante)	39.706		4.194	0.0000554
Sheehan apoyo social	Escolaridad	1.375	.178	1.906	0.0592514

*Inventario de discapacidad de Sheehan.

cedentes heredofamiliares de trastornos de ansiedad fue un predictor importante, tanto para discapacidad como para una mala calidad de vida. De acuerdo con el estudio de Rubio y López-Ibor, en el cual se realizó un seguimiento a 40 años de 59 pacientes con diagnóstico de TAG, 21% de la muestra tenía un familiar de primer grado con un trastorno de ansiedad diagnosticado. Entre éstos, los más comunes fueron la fobia específica, el trastorno de angustia y la fobia social.²⁴

La presencia de depresión y la gravedad de ésta fueron las variables más importantes que se correlacionaron tanto con discapacidad como con menores tasas de calidad de vida en estos pacientes. El trastorno depresivo mayor ocupa el primer lugar en cuanto a los años de vida ajustados por discapacidad en las mujeres mexicanas y el quinto en hombres.²⁵ Debido a estos hallazgos, pensamos que los pacientes con TAG que acuden al INPRFM probablemente solicitan la ayuda una vez que se ha instaurado la comorbilidad con el episodio depresivo mayor, lo cual explicaría, a su vez, por qué pudimos ver tasas tan elevadas de discapacidad en los pacientes de la muestra.

De acuerdo con lo reportado por Tanja et al. este trastorno se presenta más frecuentemente en adultos jóvenes y tiene un rango de edad de inicio de 25 a 35 años de edad. Respecto al sexo, se han visto tasas mayores en las mujeres, con una relación de 2:1, y con mayor prevalencia en personas solteras;⁵ estos datos pudimos replicarlos en nuestra muestra.

Es relevante comentar que la asociación que se ha re-

portado entre la presencia de TAG y los niveles socioeconómicos bajos, así como con mayores tasas de desempleo,⁸ ya que en la muestra pudimos observar que más del 80% de los pacientes refirieron tener alguna ocupación. Esto no contradice necesariamente la asociación descrita antes, sino más bien podría relacionarse con las características de la población que acude a solicitar atención al INPRFM, la cual cuenta con mayores tasas de empleo, así como con años de estudio. Cabe mencionar que en esta muestra no se valoró el nivel socioeconómico de los pacientes debido a que éstos se captaron en el servicio de preconsulta, al cual acuden previa valoración por trabajo social.

En cuanto a las características clínicas del TAG, se ha visto que sigue un curso crónico, lo que explica que el tiempo medio de evolución en la muestra fuera de 25.52 meses. En esta muestra casi nueve de cada 10 pacientes con TAG presentaron otro trastorno psiquiátrico, de los cuales tres de cada cuatro pacientes presentaron comorbilidad con el trastorno depresivo mayor. Esto concuerda con lo reflejado en los datos de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de 2004, que mostraron que 90% de los sujetos con diagnóstico de TAG presentaron, al menos, otro trastorno comórbido a lo largo de su vida, mientras que, a lo largo del último mes de evolución, la tasa de comorbilidad resultó ser de 66%.²⁶

Resultan interesantes las altas tasa de comorbilidad con el trastorno depresivo mayor. Una explicación que se ha dado a esto es la deficiente validez de los criterios diagnósti-

Cuadro 6. Predictores de discapacidad en las subescalas de Endicott

	Variable	B	BETA	t	Sig.
Salud física	(Constante)	0.623		13.040	0.0000000
	AHFANS	-0.153	-0.323	-3.980	0.0000000
	HAMD	-0.016	-0.474	-5.804	0.0000000
Salud mental	(Constante)	.601		9.374	0.0000000
	Edad	.005	.339	4.331	0.0000338
	AHFANS	-.135	-.251	-3.281	0.0014014
	HAMD	-.019	-.496	-6.514	0.0000000
Laboral*	(Constante)	0.494		6.818	0.0000000
	Edad	0.005	0.346	3.937	0.0000000
	HAMD	-0.013	-0.323	-3.697	0.0000000
Tiempo libre	(Constante)	0.707		9.761	0.0000000
	AHFANS	-0.172	-0.250	-2.792	0.0060000
	HAMD	-0.018	-0.354	-3.954	0.0000000
Social	(Constante)	0.598		8.402	0.0000000
	Edad	0.003	0.237	2.145	0.0340000
	HAMD	-0.014	-0.368	-4.157	0.0000000
Satisfacción	(Constante)	0.578		10.496	0.0000000
	AHFANS	-0.082	-0.181	-2.166	0.0330000
	HAMD	-0.020	-0.612	-6.109	0.0000000
	HAMD	-0.020	-0.612	-6.109	0.0000000

*Para efectos del análisis, se decidió unir las sub escalas de trabajo, hogar y estudio.

TXPREVIOS=Tratamientos previos; AHFANS=Antecedentes hereditarios de trastornos de ansiedad; HAMD= Escala de Depresión de Hamilton.

cos de TAG, ya que, como se ha reportado, cuentan con una muy baja especificidad, lo que se traslapa con los criterios diagnósticos de la depresión.² Esta comorbilidad aumenta la carga económica tanto individual como social, y representa mayor discapacidad y un mayor reto en el tratamiento de estos pacientes.²⁷

Dentro de los desencadenantes del TAG, podemos ver, que en nuestra muestra, hasta nueve de cada 10 pacientes asocian su trastorno de ansiedad con la presencia de estresores, hallazgo que sugiere que se deben tomar en cuenta factores ambientales durante la valoración clínica y el tratamiento de los pacientes con TAG.

De acuerdo con un estudio realizado por Medina-Mora et al., 68% de la población mexicana ha estado expuesta al menos a un suceso violento en su vida. La exposición varía por sexo, siendo la violación, el acoso y el abuso sexual más frecuentes en mujeres y los accidentes y robos en hombres.²⁸ En este estudio pudimos ver la alta prevalencia de violencia a lo largo de la vida, identificada en uno de cada tres pacientes. De ellos, 46.5% sufrieron violencia sexual, lo cual debe estudiarse más a fondo por las importantes implicaciones que tiene para la salud mental de la población general y en posibles medidas de prevención.

Mendlowicz y Stein realizaron una revisión epidemiológica de los estudios clínicos que investigaron la calidad de vida en pacientes con trastornos de ansiedad. Así, encontraron que los pacientes con TAG, en comparación con los que no lo padezcan, recibieron mayores beneficios por discapacidad durante sus vidas. Aun cuando laboraban, mostraban evidencia indirecta de impedimentos.²⁹ Esto lo podemos ver

reflejado en nuestro estudio, ya que, a pesar de que la mayoría de los pacientes que valoramos contaba con una actividad laboral, pudimos ver que presentaban mayor porcentaje de discapacidad. Una menor calidad de vida en las actividades correspondientes al tiempo libre podría ser evidencia indirecta de la afectación sufrida por nuestros pacientes.

Es importante destacar el hecho de que, a pesar del mayor porcentaje de mujeres participantes en nuestro estudio, los hombres alcanzaron mayores niveles de discapacidad, lo que incluso resultó un predictor de ésta. Scott et al. reportaron que, a pesar de que las mujeres presentan en la comunidad mayores niveles de discapacidad por enfermedades mentales, si se comparan hombres y mujeres con un trastorno afectivo o ansioso, los hombres que sufren estos trastornos muestran mayores tasas de discapacidad, sobre todo en las actividades de acuerdo con el rol, actividades sociales y cognitivas.³⁰

Otro hallazgo importante fue la presencia de un trastorno de personalidad, que también se consideró como un predictor de discapacidad en los pacientes con TAG. Se ha visto que esta comorbilidad es común y hasta 50% de los pacientes con TAG han reportado cumplir criterios para un trastorno de personalidad, tasa comparable con aquella asociada a otros trastornos de ansiedad. Por ello, será de vital importancia realizar el diagnóstico de estos trastornos para brindar un tratamiento integral y disminuir así las tasas de discapacidad en los pacientes con TAG.²⁷

Una limitación del estudio fue su corte descriptivo y transversal, que no permite establecer relaciones causa-efecto. Otra limitación es que se realizó en una unidad de tercer

nivel. Sabemos que el TAG es frecuente en unidades de primer nivel o unidades de medicina familiar, y es probable que los pacientes que acuden a un tercer nivel, como lo es el INPRFM, lleguen con más complicaciones, ya que son referidos de otras unidades de atención.

Entre las ventajas del estudio podemos decir que el TAG se evaluó de manera individual y no dentro del grupo de los trastorno de ansiedad, pues se trató de incluir todas las variable partícipes en el trastorno y en el mismo estudio se evaluaron tanto la calidad de vida como la discapacidad.

Esta investigación favorece la realización de otros estudios comparativos y de seguimiento del TAG en nuestra población, ya que, como puede verse, es un padecimiento que provoca discapacidad y mala calidad de vida.

En conclusión, de acuerdo con nuestro estudio, las características sociodemográficas de los pacientes mexicanos que presentan TAG y que acuden al INPRFM coinciden con los datos reportados en la bibliografía mundial. Esto es de gran relevancia porque posiblemente podamos extrapolar estas características a la población general mexicana.

Conocer qué factores predicen la calidad de vida y la discapacidad en nuestros pacientes nos podrán guiar hacia un diagnóstico y tratamiento integrales y efectivos y no sólo hacia el tratamiento de síntomas: a buscar la recuperación funcional y mejora de la calidad de vida del paciente.

AGRADECIMIENTO

Al Instituto Carlos Slim de la Salud por el apoyo con la beca para realizar esta investigación.

REFERENCIAS

- Comer JS, Blanco C, Hasin DS, Liu SM et al. Health related quality of life across the anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2011;72:43-50.
- Norton J, Ancelin M, Stewart R, Berr C et al. Anxiety symptoms and disorder predict activity limitations in the elderly. *J Affective Disorders* 2012;141:276-285.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C et al. Prevalence of mental disorders and use of services: results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental* 2003;26:1-16.
- Virgen R, Lara AC, Morales G, Villaseñor S. Los trastornos de ansiedad. *Rev Dig Univ* 2005;6:2-11.
- Tanja M, Zetsche U, Margraf J. Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry* 2007;6:136-142.
- Jurado S, Quintana C, Vargas M, Lizarraga P et al. Ansiedad generalizada: componentes de preocupación en mexicanos. *Rev Científica Psicología* 2008;4:123-134.
- Allgulander C. Generalized anxiety disorder: a review of recent findings. *J Exp Clin Med* 2012;4:88-91.
- Blazer DG, Hughes D, George LK. Generalize anxiety disorder. New York: The Free Press; 1991; pp.180-203.
- Sadock B, Sadock V, Kaplan y Sadock. Sinopsis de psiquiatría. New York: Octava edición; Lippincott Williams and Wilkins; 2001; pp.705-710.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Bejet Cet al. Prevalence, service use and demographic correlates of 12 month DSM-IV psychiatric disorders in México: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine* 2005;35:1-11.
- Ruiz MA, Zamorano E, Garcia-Campayo J, Pardo A et al. Validity of GAD -7 Scale as an outcome measure of disability in patients with generalized anxiety disorders in primary care. *J Affective Disorders* 2011;128:277-286.
- País-Ribeiro JL. Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition* 2004;23:121-130.
- Lara-Muñoz MC, Ponce de León S, De la Fuente JR. Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Rev Invest Clin* 1995;47:315-327.
- Potter J, Cantarero R, Wood H. The multidimensional nature of predicting quality of life. *Procedia-Social Behavioral Sciences* 2012;50:781-790.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-483.
- Cheng HG, Hung YQ, Liu Z, Zhag M et al. Disability associated with mental disorders in metropolitan China: An application of the quantile regression approach. *Psychiatry Reserch* 2012;199:212-219.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J et al. Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): according to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997;12:232-241.
- Bobes J, Badia X, Luque A, Garcia M et al. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale, Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Med Clin Barc* 1999;112:530-538.
- Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new measure. *Psychopharmacology Bulletin* 1993;29:321-326.
- Nicolini H, Villareal G, Ortega-Soto H, De la Fuente JR. Alteraciones de la memoria de pacientes con crisis de angustia y efecto del tratamiento farmacológico con alprazolam e imipramina. *Salud Mental* 1988;11:11-14.
- Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y la ansiedad. *Med Clin Barc* 2002;118:493-499.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:36-62.
- Ramos-Brieva JA, Cordero-Villafafila A. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1986;14:324-334.
- Rubio G, López-Ibor JJ. Generalized anxiety disorder: a 40-year follow up study. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:372-379.
- González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. *Lancet* 2006;368:1608-1618.
- Kessler RC, Chiu WT, Colpe L, Demler O et al. The prevalence and correlates of serious mental illness (SMI) in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Mental Health, United States. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- Nutt D, Argyropoulos S, Hood S, Potokar J. Generalized anxiety disorder: A comorbid disease. *European Neuropsychopharmacology* 2006;16:109-118.
- Medina-Mora ME, Borges G, Fleiz C, Lara C et al. Prevalencia de sucesos violentos y trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública México* 2005;47:8-22.
- Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157:669-682.
- Scott KM, Collings SCD. Gender and the association between mental disorders and disability *J Affective Disorders* 2010;125:207-212.

Artículo sin conflicto de intereses