

TRASTORNO GENERALIZADO DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS.

INCIDENCIA, PREVALENCIA Y COMORBILIDAD

César Rojas¹ - Ilda Mayeregger² - Pedro Caballero³ - Wilma Sosa⁴ - Raúl Giménez⁵
Josefina Reyes⁶ - Deisy Mercado⁷ - Romualda Brizuela⁸ -
Mathias Bentolila⁹ - Lorena Balbuena¹⁰ -Zunilda Villanueva¹¹ - Rosa Oliver¹²

Resumen

El presente trabajo versa sobre la investigación realizada de setiembre a diciembre de 2020 sobre pacientes del centro comunitario. Viendo que la mayor frecuencia de motivos de consulta en el centro es el TAG se implementó la investigación para ver con que otros factores estaría relacionada. El instrumento de recolección de datos fue una planilla elaborada al respecto por los profesionales del centro. La técnica de análisis utilizada fue de tablas de contingencia en las que se compararon diversos factores y de determinaron las relaciones significativas. Los resultados más resaltantes fueron las asociaciones del TAG con la depresión, ideación suicida, trastornos de relacionamiento y otros

Palabras clave: Ansiedad – morbilidad – comorbilidad – factores asociados

1 Universidad Nacional de Asunción Facultad de Filosofía. Paraguay. Correo electrónico: rojas.cesar10@gmail.com

2 Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Filosofía. Paraguay. Correo electrónico: ildamayeregger@gmail.com

3 Universidad Nacional de Asunción Facultad de Filosofía. Paraguay. Correo electrónico: pcaballero@fil.una.py

4 Universidad Nacional de Asunción Facultad de Filosofía. Paraguay. Correo electrónico: wilmasosa72@gmail.com

5 Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Filosofía. Paraguay. Correo electrónico: raulg4766@gmail.com

6 Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Filosofía. Paraguay. Correo electrónico: jose04reyes25@gmail.com

7 Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Filosofía. Paraguay. Correo electrónico: deysimercado07@hotmail.com

8 Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Filosofía. Paraguay. Correo electrónico: romualdaalmiron802@gmail

9 Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Filosofía. Paraguay. Correo electrónico: matubentolila@hotmail.com

10 Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Filosofía. Paraguay. Correo electrónico: losobalca@gmail.com

11 Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Filosofía. Paraguay. Correo electrónico: zunivi@gmail.com

12 Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Filosofía. Paraguay. Correo electrónico: Psicofilo16@gmail.com

GENERALIZED ANXIETY DISORDER AND ASSOCIATED FACTORS. INCIDENCE, PREVALENCE AND COMORBIDITY

Abstract

The current work was based on the research conducted on patients of the community centre from September to December 2020. In view that the main reason for consultation was the generalized anxiety disorder (GAD), research was conducted to understand its possible association with other factors. The data collection instrument was a form created by professor of the centre. The used analysis was contingency tables, on which several factors were compared and significant relationships determined. The most striking findings were the GAD association with depression, suicidal ideas, relationship disorder, and others.

Keywords: Anxiety - morbidity - co morbidity - associated factors

Introducción

El presente Informe de investigación trata sobre el trastorno de ansiedad generalizado como trastorno de principal incidencia en la atención brindada por los profesionales del Centro Psicológico de Servicios Comunitarios.

El trastorno de ansiedad generalizada o TAG como se lo conoce por sus siglas es un trastorno mental en el cual una persona a menudo está preocupada o ansiosa respecto a muchas cosas y le parece difícil controlar esta ansiedad. Sus orígenes y causas son aún desconocidos pero tiene bastantes condiciones asociadas al mismo que se expondrán en las partes correspondientes.

En este tratado primero se exponen las investigaciones generales sobre TAG a modo de antecedentes. Luego se formulan las preguntas que guían a la investigación y se trata de responder en el curso de la misma. Seguidamente a eso se expone la justificación de la presente investigación.

En el capítulo primero se desarrolla el marco teórico, lugar donde se consignan todas las teorías consideradas por los autores como relevantes y que dan forma a todo lo que se implementó como recogida, análisis de datos y conclusiones a los que llegaron los autores.

En el capítulo segundo se expone la metodología seguida por los autores de la investigación.

En el capítulo tercero se exponen los análisis realizados sobre los datos recogidos por la investigación.

En el capítulo cuarto se exponen las discusiones y conclusiones a que llegaron los autores.

Por último se consignan las recomendaciones realizadas por los autores.

Antecedentes

A nivel internacional se consignan los siguientes antecedentes:

Las áreas más comunes de preocupación suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria; son habituales temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud propia y de otros. Las preocupaciones pueden ser por cuestiones menores tales como faenas domésticas, reparación del coche o llegar tarde a un sitio o a una cita (*American Psychiatric Association* (1994) Brown, Barlow y Liebowitz, 1994)

Los pacientes con TAG presentan preocupaciones relativamente constantes y, por lo general, únicamente suelen ser capaces de dejar de lado un tema de preocupación ante la aparición de un nuevo tema de preocupación. Como ha afirmado Deffenbacher (1997)

Las preocupaciones sociales parecen tener más peso a la hora de predecir la tendencia general a preocuparse (Dugas y Ladouceur, 1997).

Los niños con TAG pueden mostrarse conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos debido a una insatisfacción excesiva con resultados que no son perfectos. Buscan en demasía la aprobación y requieren ser tranquilizados en exceso respecto a su actuación y otras preocupaciones (*American Psychiatric Association*1994)

La ansiedad y las preocupaciones están asociadas con síntomas tales como inquietud o impaciencia, cansarse o fatigarse con facilidad, dificultades de concentración o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño insatisfactorio y no reparador). (*American Psychiatric Association*2014)

Dugas y Ladouceur (2017) clasificaron e investigaron tres tipos de preocupaciones en el TAG que se refieren a: a) Problemas inmediatos anclados en la realidad y modificables; por ejemplo, conflictos interpersonales, reparaciones, puntualidad, forma de vestirse para una ocasión. b) Problemas inmediatos anclados en la realidad e inmodificables; así, enfermedad crónica de un ser querido, economía del país, pobreza y violencia en el mundo, situaciones injustas no controlables. c) Acontecimientos muy improbables no basados en la realidad y, por tanto, inmodificables; ejemplos serían la posibilidad de arruinarse o de caer gravemente enfermo en ausencia de dificultades económicas o de salud.

La tensión muscular es el síntoma somático más destacable en el TAG, mientras que hay un cierto grado de inhibición simpática y de falta de variabilidad autónoma. Este sustrato fisiológico tiene sentido si se piensa que los estímulos temidos en el TAG tienen menos que ver con una amenaza presente que requiere evitación motora y más con pensamientos sobre una amenaza futura sin sitio donde correr y nada con qué luchar. Es como la respuesta animal de quedarse totalmente inmóvil cuando no se dispone de una conducta de evitación; esta inmovilidad implica aumento de la tensión muscular. (Borkovec, 1994).

No hay que confundir preocupaciones y obsesiones. Estas no son simplemente preocupaciones excesivas sobre problemas cotidianos o de la vida real, sino cogniciones experimentadas como intrusas e inaceptables (egodistónicas) que adoptan frecuentemente la forma de impulsos e imágenes añadidos a los pensamientos. Finalmente, la mayoría de las obsesiones van acompañadas de compulsiones que reducen la ansiedad asociada con aquellas (*American Psychiatric Association*, 1994/1995)

Formulación del problema

Una vez expuesto los siguientes antecedentes se plantean las siguientes preguntas de investigación.

- Cuáles son la prevalencia, la incidencia y la comorbilidad del TAG en pacientes del Centro Psicológico de Servicios Comunitarios de la FFUNA
- Cómo se relacionan estos parámetros epidemiológicos con los indicadores o variables de edad?
- Cómo se relacionan los parámetros epidemiológicos con los lugares de procedencia de los pacientes?
- Cómo evolucionan a lo largo de los meses los indicadores epidemiológicos del TAG?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la incidencia, prevalencia del TAG en pacientes del Centro Psicológico de Servicios Comunitarios de la FFUNA

Objetivos específicos:

- Determinar trastornos o patologías que tengan una comorbilidad significativa con el TAG en la población mencionada.
- Determinar la relación existente entre los parámetros epidemiológicos con la edad de los pacientes.

- Determinar la relación existente entre los parámetros epidemiológicos con el lugar de procedencia de los pacientes.
- Determinar la evolución a través del tiempo expresado en meses de los parámetros mencionados.

Justificación

La pandemia de COVID 19 que afectó y aún afecta a todo nuestro país y al mundo entero sigue planteando muchas interrogantes desde el punto de vista investigativo. Uno de los motivos de consultas más frecuentes es el trastorno de ansiedad generalizado. El confinamiento, la incertidumbre, el miedo a la enfermedad, etc, hacen que las personas desencadenen una serie de síntomas que se encuadran en el tag. Esto plantea en el staff del Centro Psicológico de Servicios Comunitarios una necesidad de conocer más a este trastorno. Cuestiones tales como la incidencia, la prevalencia, y con que otros trastornos se relaciona el TAG se constituyen así en el eje fundamental de la presente investigación.

Capítulo 1

Marco teórico

1.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Es un trastorno mental en el cual una persona a menudo está preocupada o ansiosa respecto a muchas cosas o cosas inespecíficas y le parece difícil controlar esta ansiedad.

1.1.1 Causas

La causa del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se desconoce. Es posible que intervengan los genes. El estrés también puede contribuir a la aparición del TAG.

La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener una pre-ocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad son excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido. López A (2012)

Las áreas más comunes de preocupación suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria; son habituales temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud propia y de otros. Las preocupaciones pueden ser por cuestiones menores tales como faenas domésticas, reparación del coche o llegar tarde a un sitio o a una cita (*American Psychiatric Association*, 1994/1995; Brown, Barlow y Liebowitz, 1994). En comparación con las preocupaciones físicas o económicas, las preocupaciones sociales parecen tener más peso a la hora de predecir la tendencia general a preocuparse (Dugas y Ladouceur, 1997). Conviene tener en cuenta que puede ser difícil para los niños reconocer en qué medida sus preocupaciones son incontrolables; el informe de los padres parece aquí especialmente importante.

El centro de la ansiedad y preocupación no se limita a lo que es propio de otros trastornos; por ejemplo, la posibilidad de tener un ataque de pánico (trastorno de pánico), sentirse azorado en público (fobia social), contaminarse (trastorno obsesivo-

compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (trastorno de ansiedad por separación), ganar peso (anorexia nerviosa), tener múltiples quejas físicas (trastorno de somatización), padecer una enfermedad grave (hipocondría). La ansiedad y preocupación tampoco ocurren exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático (*American Psychiatric Association, 1994/1995*).

Puede definirse la preocupación como una cadena de pensamientos e imágenes (especialmente los primeros) cargada con afecto negativo, relativamente incontrolable y que está orientada hacia un peligro futuro que es percibido como incontrolable; o en otras palabras, pensamientos continuos sobre un peligro futuro que se experimentan como aversivos y relativamente incontrolables (Dugas y Ladouceur, 1997; Rapee, 1995).

Esta orientación hacia el futuro está clara incluso cuando parece que la preocupación se refiere a algo pasado; la persona que se preocupa por algo que dijo en una reunión, está realmente preocupada por las consecuencias que podría tener eso que dijo. Se ha dicho que la preocupación se describe bien con la frase: “¿Qué pasaría si...?”. Las personas con TAG se preocupan por cosas que es improbable que sucedan o que si ocurren son mucho más manejables y menos dramáticas de lo que aquellas piensan. Los pacientes con TAG presentan preocupaciones relativamente constantes y, por lo general, únicamente suelen ser capaces de dejar de lado un tema de preocupación ante la aparición de un nuevo tema de preocupación. *“El individuo tiende a darle vueltas en su cabeza a estas cuestiones, siendo incapaz de alcanzar una solución, de tomar decisiones, de llevar a cabo una actuación decisiva y de vivir con relativa tranquilidad con las consecuencias. Por el contrario, suelen darle vueltas y más vueltas a, y preocuparse con, las posibilidades negativas, los errores y equivocaciones*

potenciales, y los fracasos y dificultades reales e imaginarios. Es como si estuvieran petrificados en las primeras etapas de una solución de problemas.”

Preocuparse puede tener una función adaptativa al ayudar a prepararnos para situaciones problemáticas y resolverlas. Pero también puede convertirse en algo excesivo o desadaptativo. Cinco preguntas útiles para decidir si preocuparse es desadaptativo son:

- a) ¿Se preocupa por cosas sobre las que, según usted reconoce, la mayoría de la gente no se preocupa (p.ej., pequeñas cosas sobre el manejo de la casa)?
- b) ¿Encuentra muy difícil dejar de preocuparse y, en consecuencia, no puede relajarse?
- c) ¿Su preocupación raramente da lugar a alcanzar una posible solución para un problema particular?
- d) ¿Cree que si no se preocupa, sucederá realmente un acontecimiento terrible?
- e) ¿Se preocupa por no preocuparse o se preocupa cuando las cosas le van bien en la vida?” (Craske, Barlow y O'Leary, 1992, pág. 1-7).

Dugas y Ladouceur (1997) distinguieron tres tipos de preocupaciones en el TAG que se refieren a:

- a) Problemas inmediatos anclados en la realidad y modificables; por ejemplo, conflictos interpersonales, reparaciones, puntualidad, forma de vestirse para una ocasión.
- b) Problemas inmediatos anclados en la realidad e inmodificables; así, enfermedad crónica de un ser querido, economía del país, pobreza y violencia en el mundo, situaciones injustas no controlables.
- c) Acontecimientos muy improbables no basados en la realidad y, por tanto, inmodificables; ejemplos serían la posibilidad de arruinarse o de caer gravemente enfermo en ausencia de dificultades económicas o de salud. Posteriormente, los tipos de preocupaciones se han reducido a dos.

Así, Dugas y cols. (1998) han clasificado las preocupaciones según se refieran a problemas actuales (cumplir con los plazos fijados en el trabajo, conflictos interpersonales) o a eventos futuros improbables (muerte del hijo en un accidente de coche).

Por otra parte, Ladouceur y cols. (2000) han distinguido dos tipos de preocupaciones: a) sobre situaciones modificables (tratables mediante resolución de problemas) y b) sobre situaciones no modificables (y que frecuentemente no existen todavía). Como se discutirá más adelante, los autores citados indican que cada tipo de preocupación requiere una intervención diferente.

La ansiedad y las preocupaciones están asociadas con síntomas tales como inquietud o impaciencia, cansarse o fatigarse con facilidad, dificultades de concentración o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño insatisfactorio y no reparador). El DSM-IV exige tres o más de estos seis síntomas (uno en niños) y que algunos de ellos hayan estado presentes habitualmente (más de la mitad de los días) durante los últimos 6 meses. Aunque los síntomas mencionados parecen los más importantes, otros posibles síntomas físicos son temblores, sacudidas, dolores o entumecimientos musculares, manos frías y húmedas, boca seca, sudoración, náusea o diarrea, polaquiuria, dificultad para tragar o nudo en la garganta y respuestas exageradas de sobresalto.

De todos modos, los síntomas autónomos no parecen ser tan frecuentes en el TAG como en otros trastornos de ansiedad; en cambio, los clientes con TAG informan de

más activación del sistema nervioso central (American Psychiatric Association, 1994/1995; Brown, O'Leary y Barlow, 2001; Rapee, 1995).

La tensión muscular es el síntoma somático más característico del TAG, mientras que hay un cierto grado de inhibición simpática y de falta de variabilidad autónoma. Este sustrato fisiológico tiene sentido si se piensa que los estímulos temidos en el TAG tienen menos que ver con una amenaza presente que requiere evitación motora y más con pensamientos sobre una amenaza futura sin sitio donde correr y nada con qué luchar. Es como la respuesta animal de quedarse totalmente inmóvil cuando no se dispone de una conducta de evitación; esta inmovilidad implica aumento de la tensión muscular.

1.1.2 No hay que confundir preocupaciones y obsesiones.

Estas no son simplemente preocupaciones excesivas sobre problemas cotidianos o de la vida real, sino cogniciones experimentadas como intrusas e inaceptables (egodistónicas) que adoptan frecuentemente la forma de impulsos e imágenes añadidos a los pensamientos. Finalmente, la mayoría de las obsesiones van acompañadas de compulsiones que reducen la ansiedad asociada con aquellas (American Psychiatric Association, 1994/1995).

En comparación al DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994/2000) para el trastorno de ansiedad generalizada no requieren que las preocupaciones sean excesivas y difíciles de controlar. Además, exigen la presencia de 4 síntomas de 22 (entre los cuales se incluyen 5 de los 6 síntomas que contiene el DSM-IV). Los 22 síntomas se dividen en:

- Síntomas autónomos (4): palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblor o sacudidas, sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

- Relacionados con pecho y abdomen (4): dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar en el pecho, náuseas o malestar abdominal (p.ej., estómago revuelto).
- Relacionados con el estado mental (4): sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia; miedo a morir.
- Síntomas generales (6): sofocos o escalofríos; aturdimiento o sensaciones de hormigueo; tensión, dolores o molestias musculares; inquietud o incapacidad para relajarse; sentimiento de estar al límite o bajo presión o de tensión mental; sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.
- Otros síntomas no específicos (4): respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos; dificultad para concentrarse o “mente en blanco” debido a la preocupación o la ansiedad; irritabilidad persistente; dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.
- Al menos uno de los síntomas debe ser del grupo autónomo. El grado de concordancia entre el DSM-IV y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) es relativamente alto. En el estudio de Andrews, Slade y Peters (1999), el 77% de los casos con un diagnóstico positivo según uno de estos sistemas tuvo un diagnóstico positivo en ambos sistemas.

1.2. PROBLEMAS ASOCIADOS

Los pacientes con TAG suelen presentar otros trastornos tales como trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno de pánico con o sin agorafobia, fobia social, fobia específica, abuso o dependencia de alcohol o de sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas. Otros trastornos que aparecen también frecuentemente son aquellos asociados al estrés (p.ej., síndrome del colon irritable, dolores de cabeza, hipertensión

esencial, úlceras, trastorno cardiovascular, diabetes, insomnio e incluso cáncer) (American Psychiatric Association, 1994/1995; Gosselin y Laberge, 2003; Rapee, 1995).

Los niños y adolescentes con TAG, en comparación a aquellos con otros trastornos de ansiedad, son los que presentan más trastornos comórbidos de ansiedad. Son frecuentes, aparte de los trastornos depresivos, la fobia social, la fobia específica, el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de pánico; también el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (Sandín, 1997).

En general, del 67% al 91% de los pacientes con TAG (sea este su diagnóstico principal o no) presentan o han presentado al menos otro problema asociado (Dugas y Ladouceur, 1997). En el National Comorbidity Survey el 90% de las personas con TAG en algún momento de su vida informaron de al menos un trastorno adicional en algún momento de su vida; y el 66% de las personas con TAG actual informaron de al menos otro trastorno en los 30 días anteriores; resultados similares fueron obtenidos en un gran estudio epidemiológico australiano (Hunt, Issakidis y Andrews, 2002). En concreto, en el National Comorbidity Survey el 39% de las personas con TAG presentaron depresión mayor, el 27% agorafobia, el 25% fobia específica, el 23% fobia social, el 23% trastorno de pánico, el 22% distimia, el 12% manía, el 11% abuso/dependencia del alcohol y el 5% abuso/dependencia de otras drogas (Wittchen y cols., 1994). En una muestra clínica de 164 pacientes con TAG, Yonkers y cols., (1996) hallaron también un 18% con trastorno obsesivo-compulsivo y un 5% con trastorno por estrés postraumático. Por otra parte, los trastornos de personalidad, especialmente los del grupo C, han sido encontrados en el 50% de las personas con TAG.

En cuanto a comorbilidad actual en pacientes con diagnósticos actuales, Sanderson y cols (1990) hallaron que el 91% de 22 pacientes con TAG recibieron además al menos un diagnóstico adicional de trastornos de ansiedad o depresivos del DSM-III-R (36%, un diagnóstico adicional; 41%, dos; 14%, tres). Con criterios del DSM-IV, Brown y cols. (2001) hallaron que de 120 pacientes con TAG, el 65%, 52% y 36% recibieron respectivamente al menos un diagnóstico adicional actual de trastornos de ansiedad o depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos (los porcentajes fueron 88%, 71% y 73% para diagnósticos actuales o pasados). Los diagnósticos actuales más frecuentes fueron fobia social (36%), depresión mayor (26%), trastorno de pánico con agorafobia (15%) y fobia específica (12%). El TAG tendió a preceder a otros trastornos de ansiedad y afectivos con las excepciones de la fobia social (que tendió a aparecer antes) y de las fobias específicas (con igual probabilidad de precederlo y seguirlo).

1.3 GÉNESIS Y MANTENIMIENTO

Modelos explicativos del TAG pueden consultarse en Bados (1998), Barlow (1988, 2002), Borkovec (1994), Dugas y cols. (1998), Dugas y Ladouceur (1997), Gosselin y Laberge (2003), Rapee (1995) y Wells (1995, 1997, 1999).

Aunque no hay una carga genética para el TAG como tal o, como mucho, esta no es muy grande (véase Hettema, Neale y Kendler, 2001), es posible que haya una hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada. Esta vulnerabilidad biológica puede interactuar con una vulnerabilidad psicológica (sensación de que los eventos amenazantes son impredecibles y/o incontrolables basada en experiencias evolutivas tempranas), de modo que ante la ocurrencia de eventos estresantes o problemáticos, la persona puede responder con preocupación y

ansiedad; esta respuesta estará moderada por factores como las habilidades de afrontamiento y el apoyo social (Barlow, 1988, 2002).

Borkovec (1994) ha distinguido dos componentes en la vulnerabilidad psicológica: la percepción de amenaza generalizada (o la visión del mundo como peligroso) y el sentirse incapaz de afrontar los eventos amenazantes. Esta vulnerabilidad ha podido surgir a partir de la experiencia de ciertos traumas y de vivencias de rechazo por parte de los padres. En comparación a sujetos sin TAG, sujetos análogos con TAG han informado de una mayor frecuencia de eventos traumáticos en el pasado tanto en general como de tipos concretos de trauma (enfermedad/daño/muerte, agresión física/sexual, acontecimientos emocionales con familiares y amigos, varios). Otros factores históricos asociados al TAG han sido la pérdida de un progenitor antes de los 16 años, padre alcohólico, maltrato verbal y haber tenido que cuidarse anticipadamente de los padres y de sí mismos en la infancia. Todas estas variables pueden predisponer al TAG, aunque, existen otras interpretaciones: el TAG pudo ser anterior a los traumas, la ansiedad crónica pudo influir en la percepción o reacción a los traumas (aunque la influencia podría ser bidireccional) o en el informe posterior de los mismos, y las diferencias en eventos traumáticos pueden no constatarse en estudios prospectivos.

Los sujetos análogos y pacientes con TAG pueden presentar también una vinculación o apego más inseguro a su principal ser querido en la infancia. Concretamente, han puntuado más alto en las escalas de sentirse más rechazados por dicho ser querido, sentimientos fluctuantes hacia el mismo (aprecio, enfado), necesidad de protegerlo y miedo de perderlo, equilibrio/perdón (“a pesar de todo lo pasado, aún nos llevamos bien”) y falta de recuerdos sobre la infancia. La existencia de conflicto interno viene expresada por la relevancia simultánea de enfado y perdón en los sentimientos actuales hacia el ser querido, lo cual sugiere unas relaciones inseguras y perturbadas

con los seres queridos en la infancia. Sin embargo, los recuerdos sobre la infancia son vagos o ausentes y, por tanto, no hay informes directos sobre la misma; esto hace pensar en evitación cognitiva. Otros estudios han mostrado que en comparación a un grupo control, los pacientes con TAG informan de más problemas familiares durante la infancia: conflictos con los padres, conflictos entre los padres y falta de atención de los padres.

Las personas con TAG presentan a menudo características de personalidad tales como perfeccionismo, dependencia y falta de asertividad (Rapee, 1995), las cuales pueden haber sido favorecidas por haber sido educado por padres sobreprotectores, muy exigentes y/o ansiosos. Estas características de personalidad pueden contribuir a una falta de habilidades para manejar diversas situaciones problemáticas o a dificultades para aplicar dichas habilidades. Dugas y Ladouceur (1997) han señalado que, en general, los pacientes con TAG no carecen del conocimiento sobre cómo solucionar problemas, sino que fallan en la orientación hacia el problema (no saber reconocer los problemas o ver problemas donde no los hay, hacer atribuciones inadecuadas sobre los mismos, valorarlos como amenazas y sentirse frustrado y perturbado al encontrarse con problemas, no creer en la propia capacidad para resolverlos, no dedicar el tiempo y es-fuerzo suficiente a los mismos y mantener un punto de vista pesimista sobre los resultados; es decir, en general, las reacciones iniciales afectivas, cognitivas y conductuales a los problemas). Esto ha sido confirmado por Ladouceur y cols. (1998).

En función de la historia anterior, las personas con TAG aprenden a estar hipervigilantes para descubrir las posibles amenazas. Este sesgo atencional hacia la información amenazante ocurre incluso cuando la información se presenta fuera de la conciencia (mayores tiempos de reacción para decir el color en que están escritas las palabras amenazantes, aunque estas palabras se presenten taquistoscópicamente tan

brevemente como para que las personas no se den cuenta de que se ha presentado una palabra). No parece que el sesgo de atención vaya acompañado de un sesgo de memoria explícita hacia la información amenazante; esto sugiere una evitación cognitiva de la elaboración de esta información. Sin embargo, la información amenazante es codificada a pesar de la evitación tras detectarla, como sugieren las pruebas de memoria implícita (las personas con TAG completan más segmentos de palabras con palabras amenazantes previamente vistas, pero no recordadas) (Borkovec, 1994; Rapee, 1995).

Junto al sesgo atencional, las personas con TAG presentan un umbral más bajo para percibir ambigüedad y tienden a interpretar la información ambigua como amenazante (un ruido en la noche significa un ladrón, oír que ha habido un accidente de coche hace pensar en que un familiar está implicado). De este modo, es más probable que las personas con TAG perciban peligros, ya que su atención se centra en los mismos más fácilmente y es más probable que interpreten los acontecimientos diarios de forma amenazante (Rapee, 1995).

Por otra parte, Ladouceur, Talbot y Dugas (1997) han destacado la intolerancia a la incertidumbre y a la activación emocional (véase más abajo para esto último) como fenómenos claves en los trastornos de ansiedad en general y en el TAG en particular. La intolerancia a la incertidumbre es considerada como el modo disfuncional en que la persona percibe la información en situaciones inciertas o ambiguas y responde a esta información con una serie de reacciones cognitivas, emocionales y conductuales. Más en concreto, la intolerancia a la incertidumbre es la tendencia general de una persona a considerar inaceptable que un evento negativo pueda ocurrir, aunque la probabilidad de su ocurrencia sea pequeña (Buhr y Dugas, 2002). La intolerancia a la incertidumbre contribuye al desarrollo y mantenimiento de las preocupaciones tanto directamente

(mayor atención a eventos ambiguos, los cuales son percibidos como amenazantes a la vez que se exagera la probabilidad de la amenaza) como indirectamente, interfiriendo en la aplicación de las habilidades de solución de problemas (mayores niveles de activación emocional, reducción de la propia confianza para resolver problemas, percepción de dificultades cuando no hay realmente problemas, no ser capaz de decidir porque no se encuentra una solución perfecta, requerir muchos más datos o información antes de tomar una decisión).

Krohne (1993, citado en Ladouceur, Talbot y Dugas, 1997) sugiere que la intolerancia a la incertidumbre es el resultado de: a) un umbral más bajo para percibir la ambigüedad, b) reacciones más fuertes en situaciones ambiguas (experimentar más incertidumbre, ansiedad y preocupación), y c) anticipar consecuencias amenazantes de la situación de incertidumbre. Por otra parte, Dugas y cols. (1998) observaron que de cuatro elementos principales en un modelo explicativo del TAG (intolerancia a la incertidumbre, creencias sobre la utilidad de las preocupaciones, orientación negativa hacia los problemas y evitación cognitiva de las imágenes amenazantes), el primero fue el que tuvo más peso a la hora de explicar las diferencias entre pacientes con TAG y sujetos no clínicos, aunque todos contribuyeron significativamente. En otro estudio, la intolerancia a la incertidumbre siguió prediciendo la preocupación tras entrar las variables sexo, ansiedad y depresión, y explicó el 5% de la varianza (Buhr y Dugas, 2002)

Los sesgos cognitivos anteriores (atención sesgada hacia la amenaza, interpretación de la información ambigua como amenazante) junto con otros factores tales como la intolerancia a la incertidumbre, la orientación negativa hacia los problemas (p.ej., la percepción de poco control sobre los problemas, que son vistos como amenazas, y sobre el propio proceso de resolución de problemas) y los posibles déficits en la

solución de problemas dan lugar al surgimiento de las preocupaciones, las cuales implican una sobrestimación de la probabilidad y coste de las amenazas. Las preocupaciones tienden a perpetuarse o reducirse en el futuro según sean relativamente breves (p.ej., 15 minutos) o prolongadas (p.ej., 30 minutos sin distracción ni estrategias defensivas) y según intervengan o no otros factores que se enumeran más abajo; las preocupaciones también se ven agravadas por la ocurrencia de eventos estresantes (Borkovec, 1994; Dugas y Ladouceur, 1997; Rapee, 1995).

¿Por qué surgen las preocupaciones y no otros métodos de afrontamiento de la amenaza? Una respuesta plausible es que lo que se teme en el TAG no es una amenaza presente, sino una amenaza futura de muy baja probabilidad de ocurrencia para la cual no existe ninguna solución tipo acción; de este modo, los únicos recursos que quedan son los de tipo mental y entre estos, ante la carencia de otros más adecuados (p.ej., reestructuración cognitiva, resolución de problemas), la preocupación constante en un intento de prevenir la amenaza.

Las creencias de que las preocupaciones son útiles contribuyen de modo notable al mantenimiento de estas últimas; dichas creencias se han desarrollado posiblemente a partir de los efectos percibidos de las preocupaciones (p.ej., una coincidencia supersticiosa entre preocuparse y la ausencia de resultados negativos) y/o del modelado o información por parte de personas significativas. Los pacientes con TAG, los cuales tienden a sobrestimar la utilidad de sus preocupaciones, informan básicamente de cinco tipos de creencias; las dos primeras se centran en el control del medio externo e implican probablemente reforzamiento negativo retardado de las preocupaciones, mientras que las otras tres se centran en el control de las propias emociones y conductas y proporcionan probablemente un reforzamiento más

inmediato. Estas creencias son informadas más frecuentemente por pacientes con TAG que por personas sin TAG (Borkovec, 1994; Dugas y Koerner, 2005).

- Evitación supersticiosa de lo que se teme: “preocuparme hace menos probable que el evento temido ocurra”. Como la inmensa mayoría de las consecuencias temidas en el TAG tienen una baja probabilidad de ocurrencia, la preocupación es supersticiosamente reforzada de modo negativo por la no ocurrencia de lo que se teme.

- Evitación real de lo que se teme: “preocuparme me ayuda a descubrir medios de evitar lo que temo”. De este modo, la preocupación es vista como un método de resolución de problemas, aunque no se ha investigado con qué frecuencia se generan soluciones eficaces. Cuando estas ocurren, la creencia se refuerza.

- Evitación de temas emocionales más profundos: “preocuparme por la mayoría de las cosas que me preocupan es un medio de evitar pensar en otras cosas más perturbadoras emocionalmente”. Por ejemplo, traumas pasados (experiencias de enfermedad, daño, muerte, agresión física o sexual), experiencias negativas de la infancia (p.ej., rechazo por parte de los padres) o problemas en las relaciones interpersonales actuales.

- Preparación para el afrontamiento: “preocuparme por un evento negativo me ayuda a prepararme para su ocurrencia”. De este modo, se mitiga la reacción emocional ante el acontecimiento negativo, dado que ocurra.

- Recurso motivacional: “preocuparme me motiva para llevar a cabo lo que tengo que hacer”. Así, el cumplimiento de esto refuerza el papel de la preocupación como una estrategia motivacional; a su vez, lo que se ha realizado queda reforzado negativamente por la desaparición del malestar emocional asociado al estado de preocupación.

Dugas y Koerner (2005) han destacado también la creencia de que preocuparse representa un rasgo positivo de personalidad, ya que indica que la persona es bondadosa y bien intencionada. Esto puede ser reforzado cuando otros le dicen que posee estas cualidades. Las preocupaciones pueden tener varios efectos, muchos de los cuales contribuyen a mantener tanto dichas preocupaciones como la ansiedad (Bados, 1998; Borkovec, 1994):

- Prevención o reducción del procesamiento emocional de la información amenazante (el procesamiento emocional se refiere a la activación de las estructuras de miedo y a la incorporación de información incongruente con el miedo dentro de las mismas).
- La preocupación es una solución ineficaz de problemas que, aunque reduce la ansiedad a corto plazo, sirve para mantener las interpretaciones de amenaza, la creencia de poco control sobre las mismas y la ansiedad.
- La reducción del procesamiento emocional de la información amenazante se consigue a través de la disminución o supresión de la actividad autónoma y, por tanto, de los aspectos autónomos de la experiencia de ansiedad.
- A su vez, esto puede lograrse a través de la evitación de imágenes relacionadas con los estímulos temidos, la distracción y el desvío de la atención hacia pensamientos verbales poco concretos o elaborados respecto a los antecedentes y consecuencias de la amenaza percibida (de hecho, se evita, en general, pensar en los peores resultados posibles).
- Las preocupaciones consisten básicamente en pensamientos verbales poco concretos y estos tienen un efecto cardiovascular mucho menor que la imaginación del mismo material emocional. Así pues, la preocupación puede servir para evitar la imaginación con el fin de reducir el afecto negativo. Sin

embargo, la preocupación crónica puede facilitar la recuperación de las imágenes aversivas, las cuales tienen que ser inmediatamente evitadas, con lo cual se crea un círculo vicioso que perpetúa la preocupación.

Dugas y Ladouceur (1997) han señalado que preocuparse implica el empleo de dos modos de afrontamiento (vigilancia y evitación) con el fin de reducir la incertidumbre y la activación emocional. Pero estas no pueden reducirse simultáneamente. La vigilancia disminuye la primera, pero aumenta la segunda y la evitación tiene el efecto contrario. De este modo, los pacientes con TAG irían cambiando de un modo de afrontamiento a otro a la hora de vérselas con una amenaza percibida; las consecuencias que se derivan son un empleo inadecuado de la solución de problemas, una reducción del procesamiento emocional del material amenazante y el mantenimiento de la preocupación.

La evitación de las imágenes amenazantes es una parte de lo que puede denominarse contenido estereotipado de la preocupación. Si uno está excesivamente centrado en una actividad conceptual de determinado tipo, se reduce drásticamente la posibilidad de procesar otra información externa o interna que le permitiría situar en perspectiva aquello que teme. Por otra parte, al igual que la repetición constante de una palabra da lugar al debilitamiento de su asociación con el dominio semántico (se queda "sin sentido") y, probablemente, con otros dominios (p.ej., afectivo), es probable que la repetición constante de pensamientos verbales de amenaza lleve por sí misma a la inhibición del acceso a otros niveles de significado, facilitando así la prevención del procesamiento emocional de la información amenazante.

1.4 Conductas de preocupación.

Las preocupaciones generan ansiedad, la cual intenta ser controlada por los pacientes mediante determinadas conductas. Brown, O'Leary y Barlow (2001) entienden por conductas de preocupación hacer (evitación activa) o no hacer (evitación pasiva) ciertas actividades con el fin de reducir o prevenir la ansiedad y los supuestos peligros anticipados. Ejemplos serían llamar frecuentemente a los seres queridos para comprobar que están bien, llamar a los hospitales cuando un hijo que viaja en moto se retrasa, llegar con antelación a las citas, consultar frecuentemente al médico por síntomas propios o de familiares cuya importancia se magnifica, pedir tranquilización a los amigos sobre estos síntomas, limpiar la casa diariamente por si alguien viene inesperadamente de visita, asegurarse con exceso de que un trabajo está bien hecho, negarse a leer esquelas o noticias desagradables en el periódico o a hablar sobre ellas, rehuir conversaciones incómodas, posponer actividades, no aceptar invitaciones a reuniones sociales, no querer ver ciertos programas de TV, etc. Estas conductas de preocupación contribuyen a mantener las preocupaciones y las interpretaciones de amenaza.

Ansiedad, deterioro de la ejecución de tareas (especialmente de tareas cognitivas complejas), problemas de concentración, perturbaciones del sueño, tensión muscular, fatigabilidad, irritabilidad, dilación o posposición de decisiones. Esto último puede ser favorecido por el miedo a cometer un error y por la búsqueda de mayor seguridad a la hora de decidir. Algunas de estas consecuencias negativas de las preocupaciones (p.ej., ansiedad, tensión muscular) pueden contribuir al mantenimiento de estas, al igual que el humor deprimido. Por otra parte, estos síntomas, junto con las preocupaciones, interfieren en la vida laboral, social y familiar de las personas afectadas y hacen que estas utilicen con frecuencia los servicios médicos y suelen emplear medicación (benzodiazepinas, antidepresivos, hipnóticos) para controlar sus síntomas. El deterioro es mayor si hay comorbilidad con depresión mayor.

Por otra parte, Wells (1995, 1997) ha señalado que con el paso del tiempo los pacientes desarrollan creencias negativas sobre las preocupaciones. A partir de experiencias propias (preocupaciones que se van volviendo cada vez más incontrolables y perturbadoras) y/o de otros (persona significativa que presenta un problema mental asociado con las preocupaciones), los pacientes tienden a creer que preocuparse es incontrolable y peligroso (“si no controlo mis preocupaciones, terminarán por controlarme”, “las preocupaciones me harán perder mi salud mental”). Estas creencias negativas estimulan lo que Wells (1997) ha denominado preocupaciones Tipo 2 o pre-ocupaciones sobre la cognición en sí misma, en particular preocupaciones sobre la ocurrencia de preocuparse (metapreocupaciones); por ejemplo, me estoy volviendo loco con preocuparme, no voy a poder seguir funcionando, me voy a poner enfermo. Estas metapreocupaciones, o valoraciones negativas sobre preocuparse son más frecuentes en pacientes con TAG que en sujetos no ansiosos (Davis y Valentiner, 200, citado en Gosselin y Laberge, 2003) y deben ser distinguidas de las preocupaciones Tipo 1 o preocupaciones sobre eventos externos y eventos internos no cognitivos (síntomas físicos). Las creencias negativas y preocuparse sobre preocuparse tienen una serie de efectos:

- Mayor atención a y mejor detección de pensamientos no deseados, e intentos de controlarlos. Esto puede llevarse a cabo intentando suprimirlos directamente lo cual lleva paradójicamente a su incremento posterior, distrayéndose, diciéndose cosas tranquilizadoras o llevando a cabo las preocupaciones dentro de estrictos límites o de formas especiales que pretenden lograr los beneficios de las preocupaciones al tiempo que evitan sus peligros.
- Conductas dirigidas a buscar tranquilización y prevenir los peligros asociados con las preocupaciones tipo 1 y 2, es decir, conductas de preocupación. Así, hacer que la pareja llame cada cierto tiempo para decir que está bien, llegar a casa más tarde que

el cónyuge para no preocuparse sobre su tardanza o evitar todo aquello que suscita las preocupaciones.

- Respuestas emocionales y otros síntomas. Incremento de ansiedad y tensión, disociación, mente acelerada, problemas de concentración, perturbaciones del sueño, etc. Estos síntomas pueden ser interpretados como prueba favorable a las creencias negativas que subyacen a las metapreocupaciones. En aquellos casos en que se diera una valoración de una catástrofe mental inmediata podrían aparecer ataques de pánico.

Todos estos efectos exacerban los pensamientos intrusos, mantienen las interpretaciones de amenaza y contribuyen al mantenimiento de las metapreocupaciones. Según Wells, las metapreocupaciones son las que contribuyen fundamentalmente a transformar las preocupaciones normales en patológicas.

Capítulo 2

Marco metodológico

2.1 Tipo de investigación.

Esta investigación se encuadra dentro del tipo descriptivo relacional. La investigación descriptiva es aquella que procede a describir el fenómeno estudiado y las condiciones en las que se desarrolla. Es relacional porque se busca que relación tiene con la prevalencia e incidencia de otras manifestaciones psicopatológicas buscando relaciones significativas.

2.2 Población

La población estudiada es la totalidad de pacientes atendidos por los profesionales que participan en la investigación en los meses de setiembre, octubre, noviembre y diciembre del año 2020.

2.3 Muestreo y muestra

Por lo exiguo de la población se obvia el proceso de muestreo haciendo extensiva la investigación a la totalidad de la población.

2.4 Instrumentos.

El instrumento analizado es una planilla en donde se registran los datos y características de los pacientes en conjunto con las manifestaciones psicopatológicas respectivas y diagnósticos del profesional tratante.

2.5 Análisis

El análisis se realizó a través de cuadros de contingencia en donde se compara el trastorno eje con la prevalencia de otros trastornos.

2.6 Criterios éticos

El criterio ético seguido es el del anonimato. La identidad de los pacientes es mantenida en condición estrictamente confidencial.

Capítulo 3

Análisis de datos

3.1 Setiembre octubre 2020

3.1.1 Estadísticos descriptivos

Número de pacientes atendidos: 106

Género de la población:

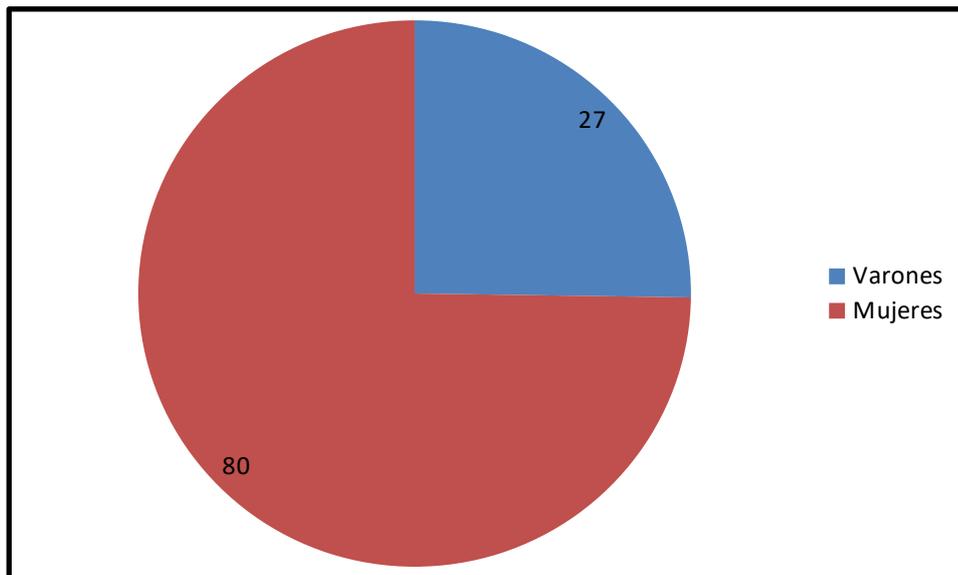


Figura 1: Género de la población

La población estudiada está compuesta por 27 varones y 80 mujeres siendo la tasa de 0.33

Procedencia de las consultas

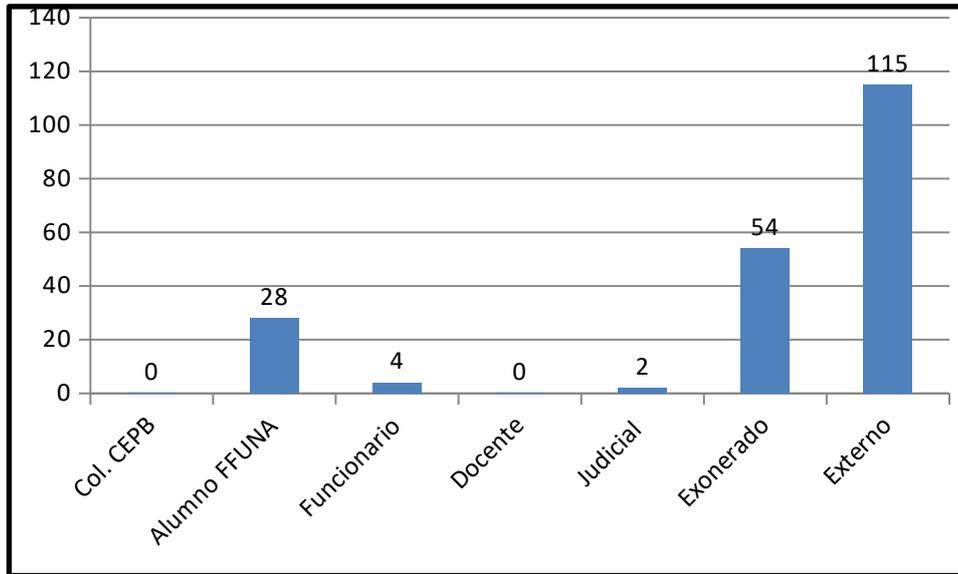


Figura 2: Procedencia de la consulta

115 personas son pacientes externos y de ellos 54 son exonerados. También de los 115 pacientes 25 son alumnos de la FFUNA y cuatro funcionarios y dos enviados por el poder judicial.

Edad:

Tabla 1: Edad de la población

Promedio	28,3773
Desviación estándar	12,5040

El promedio de edad de población es de 28 años y cuatro meses con un desvío estándar de 12 años y seis meses.

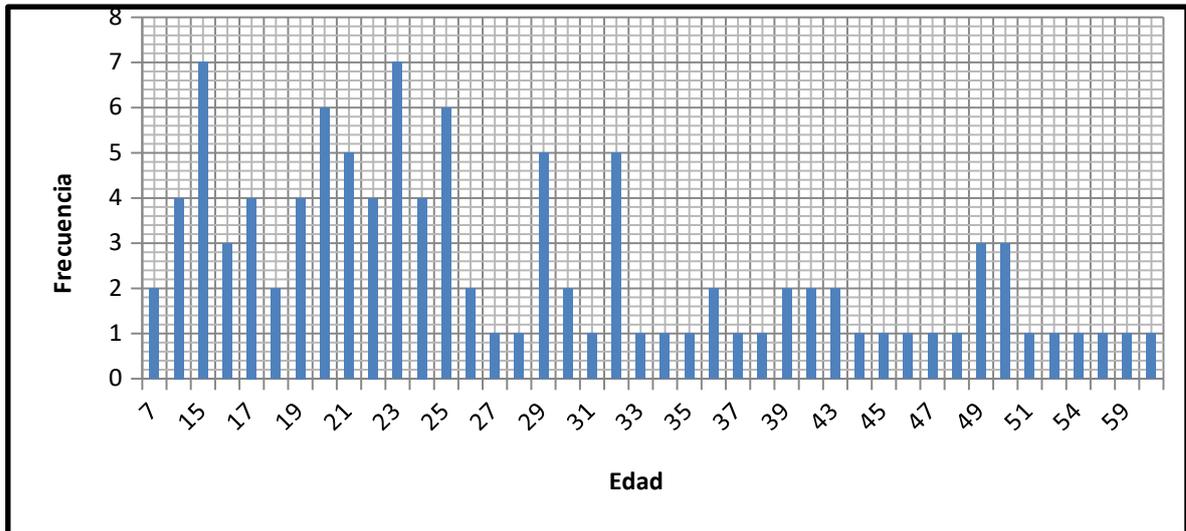


Figura 3: Edad de la muestra

Utilizando el gráfico de distribución de edades se puede observar que la frecuencia mayor de edades está entre 15 y 26 años.

Tabla 2: Kolmogorov Smirnov para la edad

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra EDAD		
		Frecuencia
Parámetros normales ^{a,b}	Media	2,50
	Desviación típica	1,851
Diferencias más extremas	Absoluta	,249
	Positiva	,249
	Negativa	-,209
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,616
Sig. asintót. (bilateral)		,011
a. La distribución de contraste es la Normal.		
b. Se han calculado a partir de los datos.		

Tras realizar el análisis de Kolmogorov – Smirnov se puede observar que la variable edad presenta un buen ajuste a la normal.

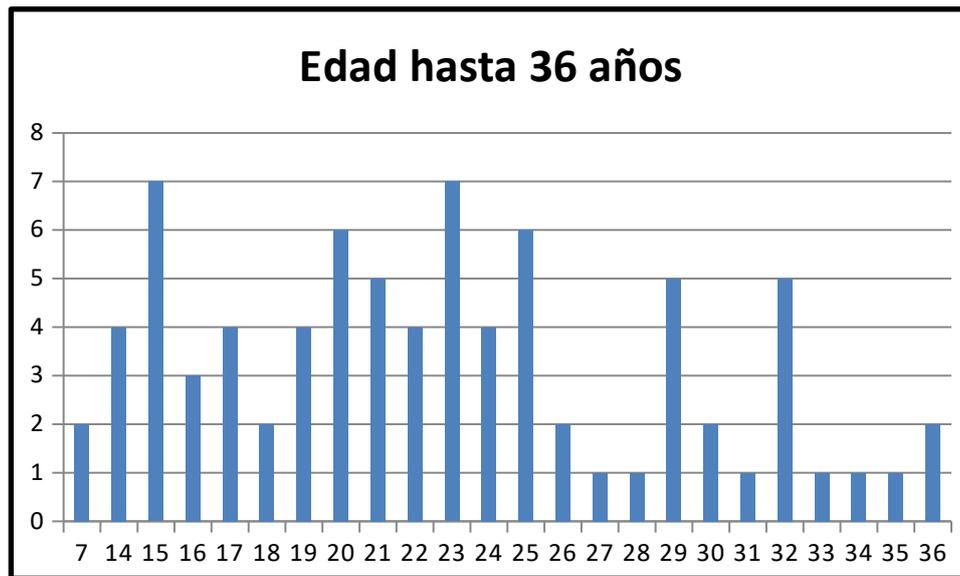


Figura 4: edad hasta 36 años

En el gráfico de arriba se puede observar una “poda” estadística. El recorte fue realizado a fin de visualizar la mayor acumulación de frecuencias de edades concentrándose las mismas un poco a la derecha de la media teniendo la concentración una asimetría negativa.

Barrio Ciudad

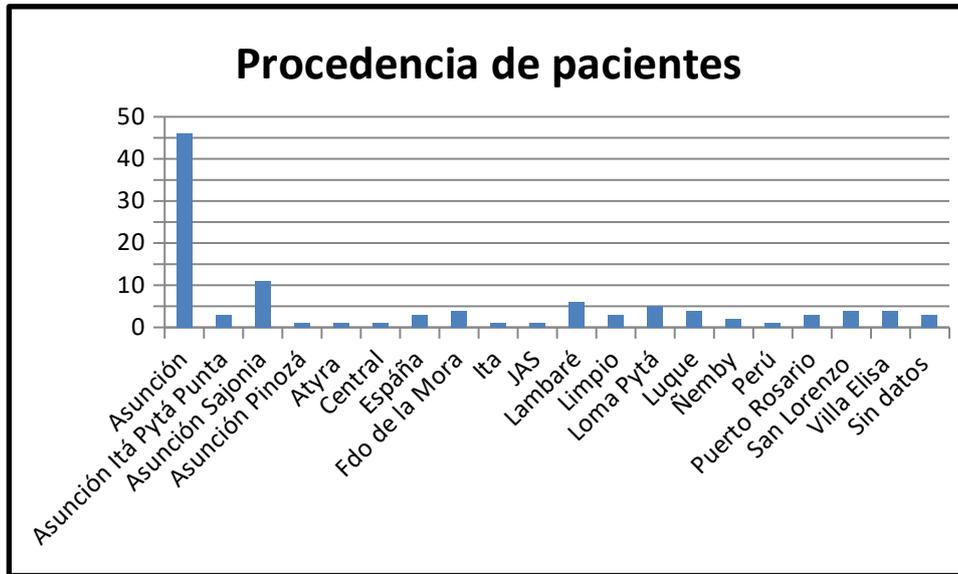


Figura 5: procedencia de los pacientes

La gran mayoría de la población proviene de Asunción, de las cercanías del Centro Comunitario. También se atendieron a pacientes de Perú y España.

Motivos de consulta

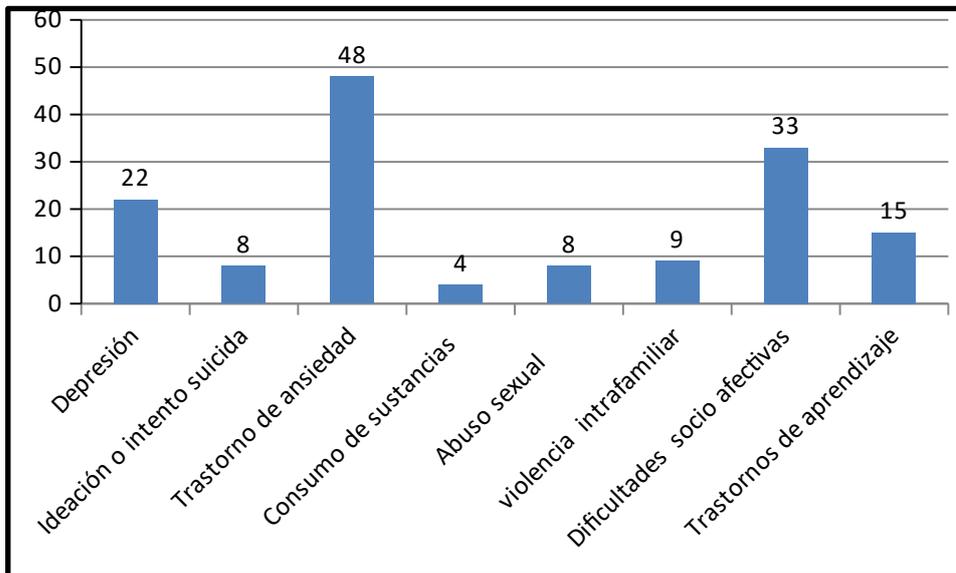


Figura 6: motivos de consulta

Los motivos de consulta de la población se exponen en el cuadro anterior. Se puede observar que la mayor frecuencia de consultas la tiene el Trastorno de Ansiedad

Generalizada con 48 personas. Le siguen los diagnósticos de dificultades socio afectivas con 33 casos y depresión con 22 casos.

Análisis del TAG – tablas de contingencia y análisis de chi cuadrado

Trastornos de ansiedad y dificultades socio afectivas

Tabla 3: trastornos de ansiedad y dificultades socio afectivas

			Sin TAG	Con TAG	Total
Dificultades socio afectivas	Sin dificultades socio afectivas	Recuento	52	32	84
	Con dificultades socio afectivas	Recuento	17	16	33
Total		Recuento	69	48	118
		% del total	58,5%	40,7%	100,0%

El cuadro arriba expuesto expresa la relación entre trastornos de ansiedad y el trastorno de ansiedad generalizada.

Tabla 4: chi cuadrado TAG - dificultades socio afectivas

Pruebas de chi-cuadrado TAG – Dificultades socio afectivas

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	119,066 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	12,581	4	,014
Asociación lineal por lineal	113,381	1	,000
N de casos válidos	118		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

El análisis de chi cuadrado muestra que existe dependencia entre los trastornos socio afectivos y los de ansiedad generalizada.

Tabla 5: TAG y depresión **TAG con depresión**

Tabla de contingencia			Total		
			Sin TAG	Con TAG	
Depresión	Sin Depresión	Recuento	57	38	95
	Con Depresión	Recuento	12	10	22
<hr/>					
Total		Recuento	69	48	118
		Frecuencia esperada	69,0	48,0	118,0
		% dentro de Trastorno de ansiedad	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	58,5%	40,7%	100,0%

El cuadro arriba expuesto muestra la relación entre el TAG con la depresión.

Tabla 6: chi cuadrado TAG y depresión

Pruebas de chi-cuadrado Tag - depresión			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	118,222 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	11,751	4	,019
Asociación lineal por lineal	111,539	1	,000
N de casos válidos	118		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

El análisis de chi cuadrado muestra que existe relación entre el TAG y la depresión.

TAG con violencia intra familiar

Tabla 7: TAG y violencia intra familiar

		Sin	Con		
		violencia	violencia		
		intrafamiliar	intrafamiliar	Total	
Trastorno de ansiedad	Sin TAG	Recuento	65	4	69
	Con TAG	Recuento	43	5	48
		Recuento	0	0	1
<hr/>					
Total		Recuento	108	9	118
		Frecuencia esperada	108,0	9,0	118,0
		% dentro de violencia intrafamiliar	100,0%	100,0%	100,0%

El cuadro arriba expuesto muestra la relación entre la violencia intrafamiliar y el TAG.

Tabla 8: chi cuadrado TAG y violencia intrafamiliar

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	118,858 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	12,367	4	,015
Asociación lineal por lineal	105,193	1	,000
N de casos válidos	118		

a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

b. Ambas variables deben disponer de categorías idénticas.

Tabla 9: corrección de Yates TAG y violencia intrafamiliar

Corrección de Yates TAG y Violencia intra familiar: 0.324549
--

El análisis chi cuadrado indica que existe dependencia entre TAG. No obstante la corrección de Yates indica lo contrario,

Tag y abuso sexual

Tabla 10: TAG y abuso sexual

			Total		
			Sin TAG	Con TAG	
Abuso sexual	Sin Abuso sexual	Recuento	69	40	109
	Con abuso sexual	Recuento	0	8	8
Total		Recuento	69	48	118

El cuadro arriba expuesto indica la relación existente entre TAG y abuso sexual.

Tabla 11: chi cuadrado TAG y abuso sexual

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	130,450 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	26,643	4	,000
Asociación lineal por lineal	105,830	1	,000
N de casos válidos	118		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

La prueba de chi cuadrado indica que existe dependencia entre las variables TAG y abuso sexual.

TAG e Ideación suicida

Tabla 12: TAG e ideación suicida

			Sin	Con		
			TAG	TAG	Total	
Ideación o intento suicida	Sin Ideación	Recuento	65	44	109	
	Suicida					
	Con Ideación	Recuento	4	4	8	
	Suicida					
			Recuento	0	0	1
			Total	69	48	118
			Frecuencia esperada	69,0	48,0	118,0
			% dentro de Trastorno de ansiedad	100,0%	100,0%	100,0%

El cuadro arriba expuesto indica la relación existente entre el TAG y la ideación suicida.

Tabla 13: chi cuadrado TAG e ideación suicida

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	118,288 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	11,814	4	,019
Asociación lineal por lineal	103,608	1	,000
N de casos válidos	118		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

b. Ambas variables deben disponer de categorías idénticas.

El análisis chi cuadrado indica que existe relación entre el TAG y la ideación suicida

Depresión e Ideación suicida

Tabla 14: Depresión e ideación suicida

Tabla de contingencia		Depresión e ideación suicida		Total
		Sin Depresión	Con Depresión	
Ideación o intento suicida	Sin Ideación Suicida	93	16	109
	Con Ideación Suicida	2	6	8
Total		95	22	118

El cuadro arriba expuesto indica la relación existente entre la depresión y la ideación suicida.

Tabla 15: chi cuadrado Depresión e ideación suicida

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	135,914 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	24,714	4	,000
Asociación lineal por lineal	106,047	1	,000
N de casos válidos	118		

a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

El análisis chi cuadrado indica que existe relación entre el trastorno depresivo y la ideación suicida.

Noviembre – Diciembre 2020

Estadísticos descriptivos de la población

Edad

Tabla 16: edad último bimestre

Promedi	
o	29,92
Desví	
estándar	12,72

El promedio de edad de las personas atendidas entre noviembre y diciembre del 2020 fue de 29.92 años con un desvío estándar de 12.72 años.

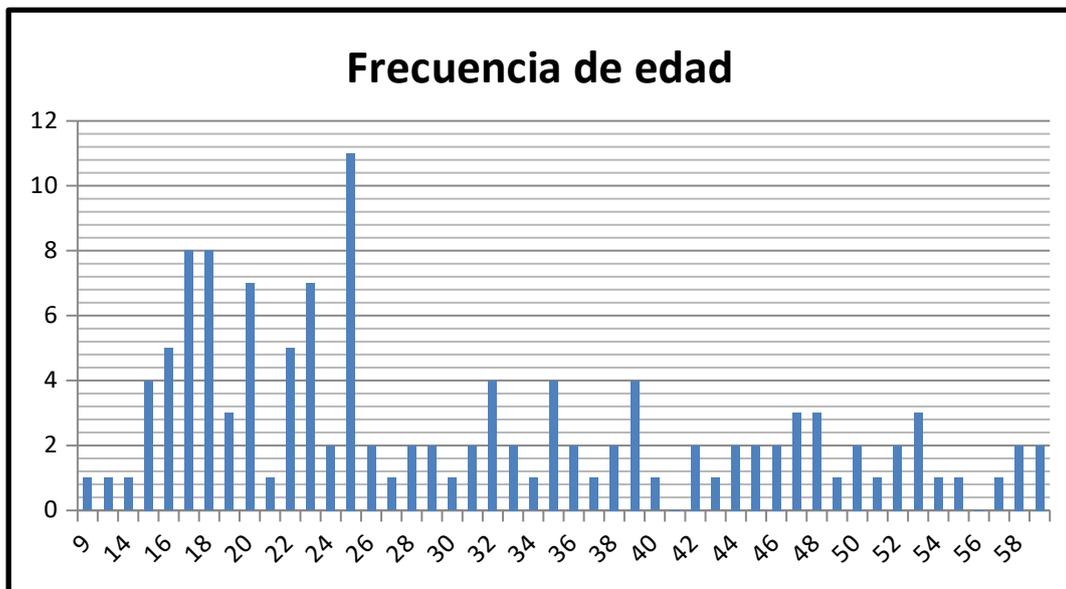


Figura 7: frecuencia de edad

El gráfico arriba expuesto indica la frecuencia de las edades.

Género de la población

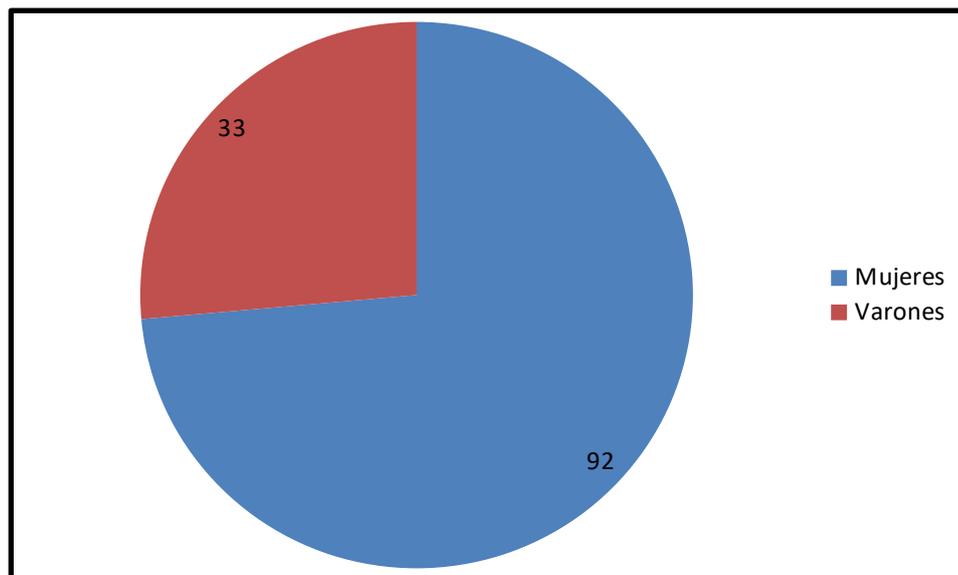


Figura 8: Género de la población

La población estudiada es mayoritariamente femenina. De los consultantes 92 son mujeres y 33 varones.

Procedencia de la población

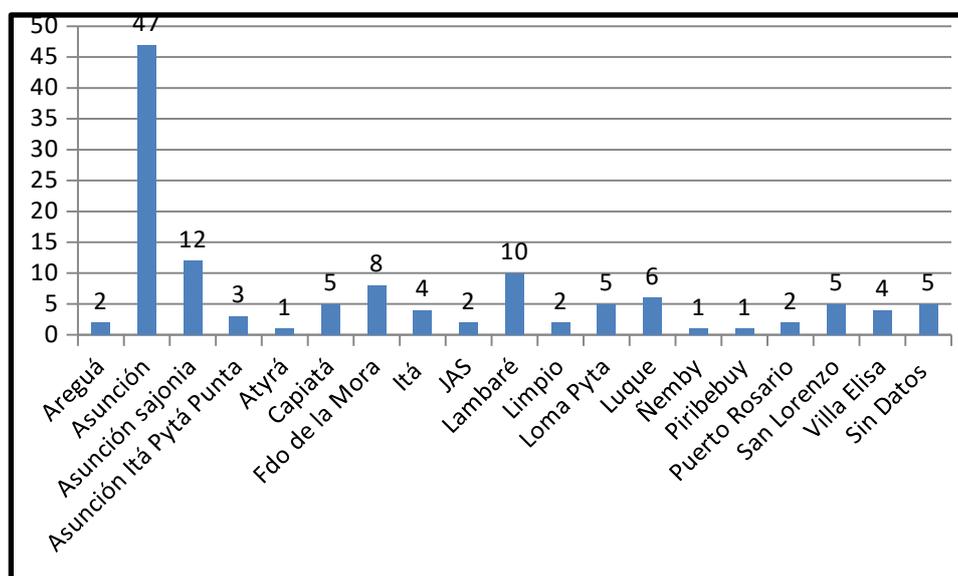


Figura 9: procedencia de la población

Los consultantes del último bimestre son de Asunción en su gran mayoría. De ellos 12 son del barrio Sajonia, aledaño al centro comunitario. La siguiente mayor frecuencia es

la de la Ciudad de Lambaré. Se puede apreciar que salvo las procedencias de Puerto Rosario y Piribebuy los consultantes provienen del departamento central. salvo las procedencias de Puerto Rosario y Piribebuy los consultantes provienen del departamento central.

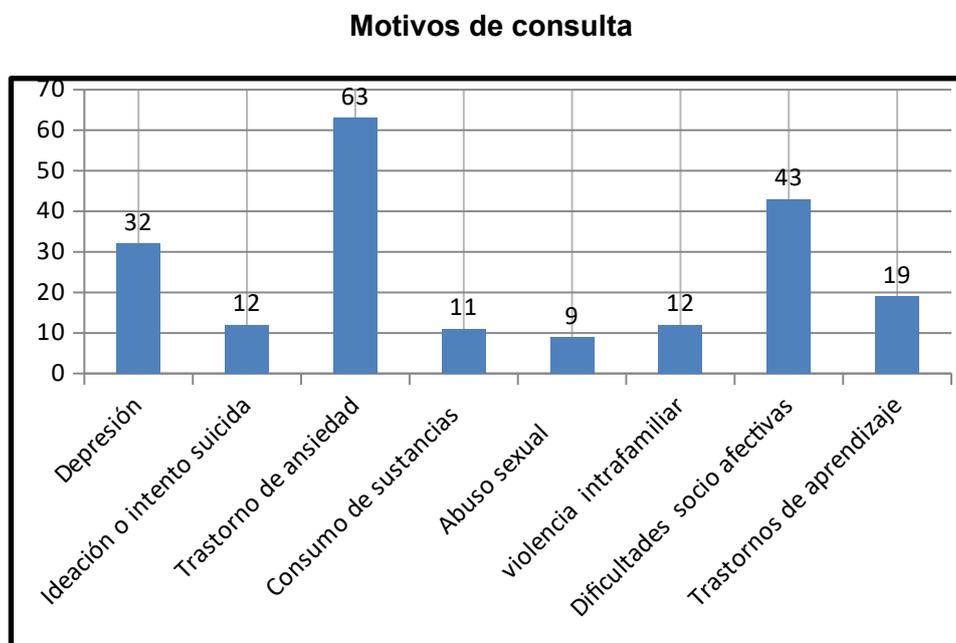


Figura 10: motivos de consulta

Entre los motivos de consulta el trastorno de ansiedad es el de mayor frecuencia. Seguido por las dificultades socio afectivas y la depresión.

Análisis del TAG – tablas de contingencia y análisis chi cuadrado

Tabla 17: TAG - dificultades socio afectivas

			Trastorno de		Total
			no	si	
Dificultades socio afectivas	no	Recuento	42	39	81
		% del total	33,9%	31,5%	65,3%
	si	Recuento	19	24	43
		% del total	15,3%	19,4%	34,7%
Total		Recuento	61	63	124
		% del total	49,2%	50,8%	100,0%

La tabla arriba expuesta indica la relación entre el TAG y las dificultades socio afectivas.

Tabla 18: chi cuadrado TAG - dificultades socio afectivas

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,660 ^a	1	,016		
Corrección por continuidad ^b	,389	1	,033		
Razón de verosimilitudes	,662	1	,416		
Estadístico exacto de Fisher				,454	,267
Asociación lineal por lineal	,655	1	,418		
N de casos válidos	124				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,15.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

El análisis de chi cuadrado indica que existe relación entre las variables TAG y los trastornos socio afectivos.

TAG y Depresión

Tabla 19: TAG y depresión

		Tabla de contingencia Depresión * Trastorno de ansiedad			
		Trastorno de ansiedad			
			No	si	Total
Depresión	no	Recuento	47	45	92
		% del total	37,9%	36,3%	74,2%
	si	Recuento	14	18	32
		% del total	11,3%	14,5%	25,8%
		Total	61	63	124
		% del total	49,2%	50,8%	100,0%

La tabla de contingencia muestra la relación entre el trastorno de ansiedad y la depresión.

Tabla 20: chi cuadrado TAG y depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,511 ^a	1	,047		
Corrección por continuidad ^b	,260	1	,049		
Razón de verosimilitudes	,513	1	,474		
Estadístico exacto de Fisher				,541	,031
Asociación lineal por lineal	,507	1	,476		
N de casos válidos	124				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,74.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

El análisis chi cuadrado muestra que existe dependencia entre las variables TAG y depresión.

TAG y Violencia Intra familiar

Tabla 21: TAG y violencia intrafamiliar

			Tabla de contingencia violencia intrafamiliar * Trastorno de ansiedad		
			Trastorno de ansiedad		Total
			no	si	
violencia intrafamiliar	No	Recuento	57	55	112
		% del total	46,0%	44,4%	90,3%
	Si	Recuento	4	8	12
		% del total	3,2%	6,5%	9,7%
Total		Recuento	61	63	124
		% del total	49,2%	50,8%	100,0%

El cuadro arriba expuesto muestra la relación entre el TAG y la violencia intra familiar.

Tabla 22: chi cuadrado TAG - Violencia intra familiar

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,337 ^a	1	,248		
Corrección por continuidad ^b	,727	1	,394		
Razón de verosimilitudes	1,363	1	,243		
Estadístico exacto de Fisher				,364	,198
Asociación lineal por lineal	1,326	1	,249		
N de casos válidos	124				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,90.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

El análisis chi cuadrado indica que no existe relación entre el TAG y la violencia intrafamiliar. Esta no dependencia está confirmada por el test exacto de Fischer.

TAG e Ideación suicida

Tabla 23: TAG e ideación suicida

Tabla de contingencia Ideación o intento suicida * Trastorno de ansiedad

			Trastorno de ansiedad		
			no	si	Total
Ideación o intento suicida	No	Recuento	58	54	112
		% del total	46,8%	43,5%	90,3%
	Si	Recuento	3	9	12
		% del total	2,4%	7,3%	9,7%
Total		Recuento	61	63	124
		% del total	49,2%	50,8%	100,0%

El cuadro expuesto presenta la relación entre el TAG y la ideación suicida.

Tabla 24: TAG e ideación suicida

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,111 ^a	1	,078		
Corrección por continuidad ^b	2,132	1	,044		
Razón de verosimilitudes	3,250	1	,071		
Estadístico exacto de Fisher				,127	,071
Asociación lineal por lineal	3,086	1	,079		
N de casos válidos	124				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,90.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

El análisis chi cuadrado indica que no existe relación entre el TAG y la ideación suicida pero la corrección por continuidad indica que existe relación.

TAG y Abuso sexual

Tabla 25: TAG y abuso sexual.

		* Trastorno de ansiedad		
		Trastorno de ansiedad		
		No	si	Total
Abuso sexual no	Recuento	61	54	115
	% del total	49,2%	43,5%	92,7%
si	Recuento	0	9	9
	% del total	,0%	7,3%	7,3%
<hr/>				
Total	Recuento	61	63	124
	% del total	49,2%	50,8%	100,0%

El cuadro arriba expuesto indica la relación entre el TAG y el abuso sexual.

Tabla 26: chi cuadrado TAG y abuso sexual

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,396 ^a	1	,002		
Corrección por continuidad ^b	7,394	1	,007		
Razón de verosimilitudes	12,871	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,003	,002
Asociación lineal por lineal	9,320	1	,002		
N de casos válidos	124				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,43.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

El análisis chi cuadrado indica que existe relación entre el TAG y el abuso sexual. Esto está confirmado por el análisis exacto de Fischer.

Depresión e ideación suicida

Tabla 27: Depresión e ideación suicida

		Tabla de contingencia Ideación o intento suicida * Depresión			
		Depresión		Total	
		no	si		
Ideación o intento suicida	no	Recuento	90	22	112
		% del total	72,6%	17,7%	90,3%
	si	Recuento	2	10	12
		% del total	1,6%	8,1%	9,7%
Total		Recuento	92	32	124
		% del total	74,2%	25,8%	100,0%

La tabla expuesta indica la relación existente entre la depresión y la ideación suicida.

Tabla 28: chi cuadrado Depresión e ideación suicida

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,963 ^a	1	,000		
Corrección por continuidad ^b	19,757	1	,000		
Razón de verosimilitudes	19,828	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	22,778	1	,000		
N de casos válidos	124				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,10.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

El análisis de chi cuadrado indica que existe relación entre las variables Depresión e ideación suicida.

Capítulo 4

Discusión y conclusiones

El trastorno generalizado de angustia o TAG es el trastorno de mayor incidencia en los dos últimos bimestres del año 2020. Dentro de la grilla de condiciones, trastornos o patologías atendidos en ese periodo es sin duda la manifestación patológica emocional que marcó el estado de la población consultante.

La población atendida es mayoritariamente joven con un promedio de 29 años y predominantemente femenina en una proporción de aproximadamente 3 a 1.

Las consultas se incrementaron el último bimestre del año pero se mantuvo la mayor incidencia del TAG seguida de los trastornos socio afectivos.

El ámbito de influencia del centro comunitario abarca mayoritariamente Asunción siendo los alrededores del centro comunitario la mayor área de influencia.

Los análisis de dependencia/independencia de factores demostraron que la mayoría de los trastornos tienen dependencia entre sí, sobre todo el TAG que “interactúa” con los demás trastornos excepto con la violencia intrafamiliar. Los investigadores supones que esta falta de dependencia podría deberse a una especie de invisibilización de la violencia por parte de la población, es decir no es denunciada o su denuncia es evitada por parte del agresor.

Visto en su conjunto la población está afectada por ansiedad generalizada pero este trastorno no viene solo. Viene acompañado de depresión, ideación suicida, trastornos de relacionamiento y otros. Es un panorama que en el mejor de los casos resta calidad de vida a los que padecen y en el peor lleva intentos o ideación suicida. No es un panorama alentador.

En cuanto a las conclusiones las mismas se pueden dividir en conclusiones para la población y conclusiones para el staff del centro comunitario.

Las conclusiones sobre la población se pueden resumir en la incidencia importante de la ansiedad, sus comorbilidades y asociaciones perniciosas con otros factores. Esta

población tendría que generar elementos protectores que le puedan servir para hacer frente a la condición arriba mencionada. Pero que estas herramientas puedan generarse espontáneamente en la población es altamente improbable. Y aquí se pasa al staff de terapeutas del centro comunitario. Los mismos deben constituirse en factores educativos generadores de herramientas protectoras contra la ansiedad.

Recomendaciones.

Ampliar la investigación sobre el trastorno generalizado de ansiedad TAG.

Insistir en formación específica del staff en el tratamiento del trastorno de ansiedad.

Bibliografía

Brown, T.A., Barlow, D.H. y Liebowitz, M.R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1272-1280

Deffenbacher, J.L. (1997). Entrenamiento en el manejo de la ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 241-263). Madrid: Siglo XXI.

Dugas, M.J. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 211-240). Madrid: Siglo XXI.

Borkovec, T.D. y Ruscio, A.M. (2001). Psychotherapy of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl. 11), 37-42).