



**FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE**

Departamento de Salud Pública y Materno Infantil

TRABAJO FIN DE GRADO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE
CON TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA EN ESPAÑA A PARTIR DE
LA ENCUESTA EUROPEA DE SALUD EN
ESPAÑA DE 2017**

Autor: Luis Alberto Vicente Utrilla D.N.I.: 03927252-W
Tutor: Juana María Santos Sancho

Convocatoria: Junio 2019

RESUMEN

El Trastorno de Ansiedad Generalizado es una enfermedad psicológica que aparece cuando la respuesta fisiológica del organismo ante diferentes situaciones se descontrola y se vuelve patológica. La patología se manifiesta por el descontrol de uno o varios neurotransmisores tales como GABA, Noradrenalina o Serotonina.

El trastorno generalizado de ansiedad (TAG), o simplemente Ansiedad, es una de las enfermedades con alta prevalencia en países desarrollados y que conlleva unos costes económicos muy elevados.

El objetivo de este trabajo es conocer el perfil del paciente con Ansiedad en España, y para ello se ha realizado un estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal sobre las características epidemiológicas de los individuos que padecen TAG en España, a través del análisis de la información recogida en la Encuesta Europea de Salud en España del año 2017.

Para el análisis estadístico de las variables se utilizó el programa informático SPSS. Para evaluar si existe una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la ansiedad y las distintas variables estudiadas, con las *variables cualitativas* se realizó la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2) y con las *variables cuantitativas* se aplicó el Test de Kolmogorov-Smirnoff y el de Mann Whitney y se calcularon la mediana y el Rango Intercuartílico.

En base a los resultados se estima una prevalencia de Ansiedad del 9%. El perfil del paciente con ansiedad es: una mujer de 52 años, sin pareja, sin estudios medios o superiores y trabajador/a del sector primario.

Respecto al estado de salud se observa la presencia habitual de enfermedades concomitantes como la depresión o alguna enfermedad crónica.

Por lo general son personas con sobrepeso u obesidad y con un estilo de vida sedentario y actividades laborales monótonas, consumidores de medicamentos psicoactivos.

INTRODUCCIÓN

La Ansiedad es una anticipación de una situación futura que se acompaña de un sentimiento desagradable y/o síntomas somáticos de tensión. Es un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes.

Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea por un estímulo ausente, por una intensidad excesiva de la respuesta o si la duración es prolongada en el tiempo y recurre sin motivo; interfiriendo con la capacidad de análisis y ocasionando disfuncionalidad en el paciente. ¹

Epidemiología:

Según los cálculos de la OMS, el trastorno de ansiedad generalizada afecta a un 19,5% de la población del continente europeo, que aumenta hasta un 26% en los países miembros de la Unión Europea. Las estimaciones calculan que un 50% de los casos no se encuentran diagnosticados y con tratamiento adecuado. ²

Los costes del tratamiento de la ansiedad para la Unión Europea suponen 170 billones de euros anuales.

La ansiedad generalizada es aquella en la que se presenta aprensión excesiva con una duración de más de seis meses y que se caracteriza por mostrar fatiga, problemas de sueño y preocupación constante e irritabilidad. Para poder entender la ansiedad generalizada debemos conocer en primer lugar los tipos de episodios que pueden producir el trastorno.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana define cinco tipos de ansiedad que se pueden padecer de forma exclusiva o combinada y que todos ellos son los responsables del trastorno de ansiedad generalizada:

- **Crisis de angustia:** los síntomas aparecen súbitamente con sensaciones de aprehensión, ansiedad, terror, sensación de muerte inminente y pérdida de control. Estas sensaciones se acompañan de palpitaciones, sudoración, temblores, falta de aire, mareos, náuseas y molestas abdominales.³
- **Ataques de pánico:** se presentan de la misma forma que las crisis de angustia, pero pueden ir acompañados de agorafobia, que es el miedo a espacios abiertos o circunstancias especiales. La agorafobia no necesariamente acompaña los ataques de pánico y puede presentarse sola.³
- **Fobia:** se caracteriza porque puede ser específica a una situación u objeto o también fobias de tipo social que se presenta en respuesta a la exposición a situaciones sociales o públicas del individuo y que conllevan a la evitación de dichas situaciones.³
- **Desorden obsesivo-compulsivo:** es aquel en el que se presentan pensamientos de ansiedad y malestar tales como obsesiones y conductas rituales que tienen como función disminuir el malestar de dichas obsesiones.³
- **Trastornos de estrés:** se han definido tanto los producidos por estrés post traumático en los que se reviven los eventos relacionados con el trauma y los trastornos de estrés agudo, en los que los síntomas aparecen inmediatamente tras la exposición a una situación.³

La ansiedad generalizada es una enfermedad que requiere un control exhaustivo ya que los pacientes suelen desarrollar y presentar otros trastornos como abuso o dependencia del alcohol y las sustancias sedantes o ansiolíticas e incluso trastornos derivados del estrés como es el síndrome del colon irritable, migrañas, hipertensión, úlceras, trastornos cardiovasculares e insomnio. En general, del 67% al 91% de los pacientes con ansiedad presentan o han presentado otro problema asociado según informa el National Comorbidity Survey.

Sintomatología:

La sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada es variada y se agrupan en cinco categorías.

- Síntomas autónomos: palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblor o sacudidas y sequedad de boca.⁴

- Síntomas relacionados con pecho y abdomen: dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar en el pecho, náuseas o malestar abdominal.⁴
- Síntomas relacionados con el estado mental: sensación de mareo, inestabilidad, desrealización, miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia; miedo a morir.⁴
- Síntomas generales: sofocos o escalofríos, aturdimiento o sensaciones de hormigueo, tensión, dolores o molestias musculares, inquietud e incapacidad para relajarse, sentimiento de estar al límite o bajo presión, dificultad para tragar.⁴
- Otros síntomas: respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos, dificultad para concentrarse o relajarse, irritabilidad persistente y dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.⁴

Diagnóstico:

El diagnóstico del trastorno generalizado de ansiedad se realiza generalmente en atención primaria. En primer lugar, el facultativo debe descartar cualquier problema físico que pueda estar ocasionando los síntomas para afirmar que se trata de un problema mental. Por desgracia, los pacientes con ansiedad no suelen acudir al médico buscando ayuda y esto dificulta mucho el diagnóstico.⁵

En atención primaria el profesional puede realizar una pequeña entrevista disponible en el ADIS (Manual de diagnóstico de Ansiedad) y que evalúa los trastornos del estado de ánimo, la hipocondría, el trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas.

Un ejemplo de las posibles preguntas de la encuesta son las siguientes:

- ¿Diría usted que es una persona que se preocupa con facilidad?
- ¿Qué cosas le preocupan?: trabajo/escuela, familia, dinero, amigos/conocidos, salud propia, salud de otros, pequeñas cosas (puntualidad, reparaciones poco importantes), asuntos del país o del mundo, otras cosas sobre las que la mayoría de la gente no se preocupa. ¿Qué cree que puede suceder respecto a (mencionar cada área de preocupación reconocida por el cliente)? (se trata de identificar lo que la persona teme que ocurra).
- En promedio, ¿qué porcentaje del día diría usted que se siente ansioso o preocupado? ¿Considera que sus preocupaciones son excesivamente frecuentes, intensas o duraderas? ¿Cuáles de ellas (de las enumeradas más arriba)? ¿Cuánta tensión o ansiedad le producen sus preocupaciones?
- Cuando las cosas van bien, ¿todavía encuentra cosas que le preocupan y le ponen ansioso? ¿Se preocupa por no preocuparse o se preocupa cuando las cosas le van bien en la vida?
- ¿Encuentra muy difícil dejar de preocuparse? Si necesita concentrarse en otra cosa, ¿es capaz de quitarse la preocupación de la cabeza? Si está intentando leer, ver la TV o trabajar, ¿sus preocupaciones le vienen a la mente y le dificultan concentrarse en estas tareas? ¿Cuáles de sus preocupaciones le resultan más difíciles de controlar?
- En los últimos 6 meses ¿cuántos días de cada cien se ha encontrado excesivamente preocupado o ansioso? ¿Cuánto tiempo hace que dura este periodo actual de preocupaciones y ansiedad excesivas y difíciles de controlar?

- ¿Qué cree que pasaría si no llevara a cabo estas conductas (dirigidas a controlar su ansiedad o impedir que ocurra lo que teme)? ¿En qué medida cree que pasaría lo que teme (pueden citarse las consecuencias temidas)?⁴

El diagnóstico precoz es imprescindible para prevenir las complicaciones y la aparición de síntomas secundarios causados por el estrés

Tratamiento:

El tratamiento del trastorno de la ansiedad generalizada se aborda desde dos perspectivas, una farmacológica y otra psicológica.

- **Tratamientos farmacológicos:** tradicionalmente el trastorno de ansiedad generalizada se ha tratado con barbitúricos hasta la aparición de las benzodiazepinas. Los estudios sobre el tratamiento farmacológico han estado marcados por la evolución de la sintomatología de la enfermedad. Según los estudios, los tratamientos agudos con duración de 4 a 6 semanas generan mejorías de los síntomas de ansiedad entre moderadas y elevadas en dos tercios de los participantes, siendo las mejorías más evidentes a las dos semanas. Con dosis entre 10 y 25 miligramos de Diazepam se encuentran reducciones muy satisfactorias de los síntomas somáticos de la ansiedad. Sin embargo, los pacientes con síntomas depresivos mejoran con el tratamiento con Alprazolam.

A pesar de estas ventajas, los efectos secundarios de las benzodiazepinas y el incremento de la tolerancia a la medicación disminuyen la eficiencia de las intervenciones y actualmente se deben evaluar rigurosamente la administración de estos fármacos. Además, los efectos a largo plazo son inciertos, si bien las benzodiazepinas funcionan correctamente hasta los 6 meses, se desconoce si a partir de dicho periodo siguen siendo superiores a los placebos, ya que se produce síndrome de tolerancia y dependencia.

- Actualmente también se emplean fármacos antidepresivos como los ATC y afines. Los estudios han demostrado que los antidepresivos tricíclicos generan efectos similares al alprazolam para disminuir síntomas como las obsesiones, pensamientos negativos y sensibilidades.
- Los antidepresivos han mostrado superior eficacia en la mejora de los síntomas cognitivos pero mayor efecto secundario que las benzodiazepinas.
- Finalmente, la última línea de tratamiento emplea betabloqueantes como el propanolol, que produce una reducción importante en los síntomas psíquicos y menores efectos secundarios.
- Por lo tanto, la farmacoterapia puede ser un adyudante para la intervención de la enfermedad, pero no se puede afirmar que sea el tratamiento de elección para obtener efectos positivos a largo plazo y libres de riesgos.⁶
- **Tratamiento Psicológico:** el tratamiento psicológico aborda los tratamientos establecidos en las terapias cognitivo-comportamentales, terapias de conducta y terapias de relajación. El tratamiento más eficaz es aquel que proporciona los tres tipos de terapias. Los tratamientos cognitivos-comportamentales(TCC) proporcionan ayuda para los pensamientos ansiogénicos y abordan la falta de auto confianza con asignaciones comportamentales impartidas durante las sesiones. Este

tipo de terapia ha demostrado mayor eficacia que las benzodiazepinas en la mejora de los síntomas cognitivos y sensoriales.

- Por otro lado, los tratamientos basados en terapias de relajación proporcionan pautas de relajación muscular progresiva para combatir los síntomas físicos y promueven la auto-observación diaria del paciente para generar un autocontrol de la enfermedad, disminuyendo considerablemente la expresión de dichos síntomas.⁶

En resumen, las terapias cognitivo-comportamentales y de relajación se muestran superiores al uso de benzodiazepinas pues el efecto pasado los seis meses de tratamiento es perfectamente observable en comparación con éstas últimas y como ya hemos indicado anteriormente, el efecto de las benzodiazepinas por sí solas parecen tener efecto sólo a corto plazo.⁶

OBJETIVO

El trastorno de ansiedad generalizada es una enfermedad con un gran impacto socio sanitario debido no sólo a su prevalencia, sino también a las complicaciones asociadas a un elevado tiempo sin tratamiento, convirtiéndose en un elevado problema de salud pública.²

El objetivo principal de este trabajo es conocer el perfil epidemiológico de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en España mediante el análisis de la información recogida en la Encuesta Europea de Salud en España del año 2017, que es la base para la evaluación, planificación y adopción de medidas de Salud Pública y políticas sanitarias para mejorar la salud de la población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal sobre las características de la población adulta española que padece TAG, a partir de los datos proporcionados por la Encuesta Europea de Salud en España de 2017 (EESA2017).⁷

Metodología de la EESA 2017: 8

La EESA es un conjunto de encuestas que se realizan a la población española adulta (de más de 15 años) en todo el territorio nacional y de forma periódica, con el objetivo general de proporcionar información sobre la salud de la población española, de manera armonizada y comparable a nivel europeo, con la finalidad de planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria.

Esta encuesta la lleva a cabo el Instituto Nacional de Estadística (INE) en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).

En cuanto al diseño muestral se ha utilizado un muestreo trietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa son las secciones censales y se agrupan en estratos de acuerdo con el tamaño del municipio al que pertenecen las secciones. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares

principales. Las unidades de tercera etapa son, dentro de cada hogar, a un adulto de 15 o más años

Para obtener estimaciones con un nivel de precisión aceptable se ha determinado una muestra de aproximadamente 37.500 viviendas distribuida en 2.500 secciones censales. El número de viviendas seleccionadas en cada sección censales es de 15.

Se seleccionó una muestra de 37.500 viviendas para poder facilitar estimaciones con un determinado grado de fiabilidad a nivel nacional y autonómico. La tasa de respuesta fue del 72,2%. Los datos de EESE17 que se presentan corresponden por tanto a 23.089 entrevistas.

El método de recogida de información es una entrevista personal asistida por ordenador (CAPI), que en casos excepcionales puede ser una entrevista telefónica.

Para mejorar la recogida de la información, las preguntas se han estructurado en cuatro grandes apartados: Sociodemográfico (del hogar e individual), Módulo de Estado de Salud, Módulo de Asistencia Sanitaria y Módulo de Determinantes de la Salud.

VARIABLES DE ESTUDIO:

A partir de los datos obtenidos en la encuesta⁷ se han seleccionado las variables de interés para llevar a cabo el estudio, que se han agrupado en:

- Variables socio-demográficas
 - ▶ Edad: Variable cuantitativa.
 - ▶ Sexo: Variable cualitativa dicotómica: hombre / mujer.
 - ▶ Comunidad Autónoma: Variable cualitativa clasificada en varias categorías que corresponden con las distintas Comunidades Autónomas (17 en total) y Ciudades Autónomas de España (Ceuta y Melilla)
 - ▶ Estado civil: Variable cualitativa clasificada en 5 categorías: soltero, casado, viudo, separado, divorciado.
 - ▶ Nivel educativo: Variable cualitativa clasificada en distintas categorías: no sabe leer o escribir, Educación Primaria (incompleta o completa), Educación secundaria, Bachillerato, Grado Medio o Superior, Estudios universitarios.
 - ▶ Clase social: Variable cualitativa clasificada en distintas categorías según la ocupación de la persona de referencia.
 - ▶ Tiempo desempleado: Variable cualitativa clasificada en distintas categorías según el tiempo en desempleo.

- Variables relacionadas con el estado de salud
 - ▶ Enfermedades o problemas de salud: Variables cualitativas dicotómicas. Respuesta “Sí” / “No”. Se han considerado las siguientes enfermedades:
 - Depresión actual
 - Depresión anterior
 - Enfermedad Crónica
 - Infarto agudo de miocardio
 - Enfermedades Dermatológicas
 - Ansiedad

- Estreñimiento
 - Migraña
 - Úlcera de estómago
 - Asma
 - Tumores malignos
- Variables relacionadas con los estilos de vida
 - ▶ Índice de masa corporal (IMC): Variable cuantitativa que se calcula a partir de los datos de la encuesta de talla (cm) y peso (Kg) mediante la ecuación $IMC = \text{Peso} / (\text{Talla}/100)^2$. Se clasifican las respuestas en cuatro categorías: Peso insuficiente ($IMC < 18,5$), Normopeso ($IMC 18,6 - 24,9$), Sobrepeso ($IMC \geq 25$), Obesidad: $IMC \geq 30$.
 - ▶ Actividad física: Variable cualitativa clasificada en distintas categorías en función de la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre: sedentarismo, ocasional, varias veces al mes, varias veces a la semana.
 - ▶ Tiempo dedicado a realizar ejercicio: Variable cualitativa clasificada en distintas categorías en función de la frecuencia con la que se realiza ejercicio en una rutina clasificado en: no hace ejercicio, hace ejercicio de manera ocasional, hace ejercicio varias veces al mes o hace ejercicio varias veces a la semana.
 - ▶ Hábito tabáquico (cigarrillos, puros y/o pipas): Variable cualitativa clasificada en 4 categorías: fuma diariamente, fuma, pero no diariamente, ha fumado antes y no ha fumado nunca.
 - ▶ Consumo de medicamentos: Variable cualitativa clasificada en el consumo de diferentes medicamentos como antidepresivos, tranquilizantes o sedantes y ansiolíticos.

Análisis de las variables:

Para el análisis estadístico de las variables se utiliza el programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 19.0 para Windows.

Tomando el trastorno de ansiedad como variable dependiente del estudio se comparó con las distintas variables independientes, que se agruparon en diferentes categorías de respuesta cuando fue necesario.

Con las variables cualitativas se calcularon porcentajes y se realizó la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2) para ver si existía una asociación epidemiológica entre la ansiedad y dicha variable (hay asociación si $\chi^2 > 3.48$ con un nivel de confianza del 95% y 1 grado de libertad) y se calculó la “p” para ver si existía una asociación estadísticamente significativa entre ambas (hay asociación si $p < 0.05$).

Además, con las variables cualitativas dicotómicas se calculó el Odds Ratio (OR) con su correspondiente intervalo de confianza al 95%, que indica el número de veces que el riesgo es mayor o menor en el grupo de los expuestos a una determinada variable que en el grupo de los no expuestos.

Con las variables cuantitativas se estudió el Ajuste a la Normal mediante el Test de Kolmogorov-Smirnoff. Al no ajustarse se utilizaron Test no Paramétricos, el Test de Mann Whitney, para comprobar si había diferencias significativas entre los grupos. Se calcularon la mediana y los percentiles.

RESULTADOS

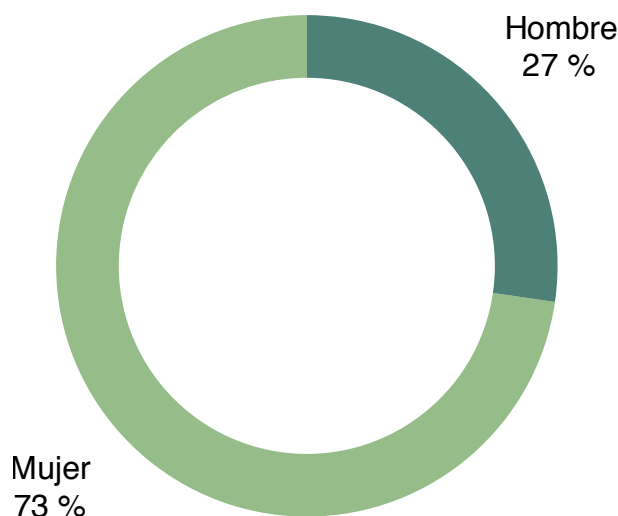
A partir de los resultados obtenidos a partir de la Encuesta Europea de Salud en España de 2017, con 23.089 personas encuestadas, se estima que la prevalencia del Trastorno de Ansiedad generalizado es del 9% (padecen TAG 2.078 personas de un total de 23.089 encuestados).

Características socio-demográficas:

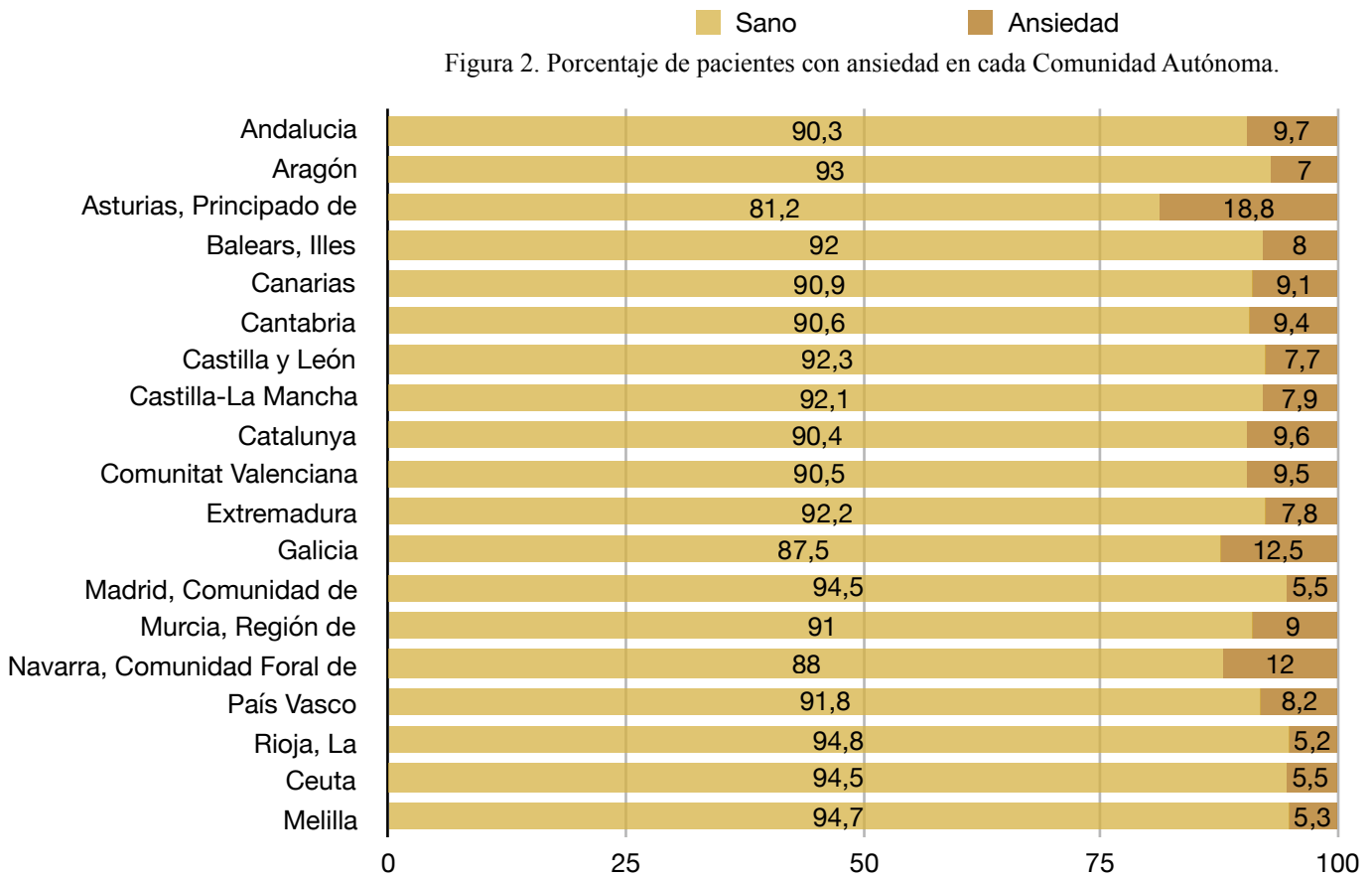
-La mediana de la edad en los pacientes con TAG fue de 58 años, siendo el rango intercuartílico de 46-70 años. Y la mediana de la edad en las personas sin TAG fue de 52 años, siendo el rango intercuartílico de 39-68 años. Al aplicar el test de Mann Whitney se comprobó la existencia de diferencias significativas entre los dos grupos de personas (con y sin la enfermedad).

-De las personas que padecen TAG la mayoría son mujeres. Fig. 1

Figura 1. Porcentaje de ansiedad por sexo.



-Las Comunidades Autónomas con mayor prevalencia de TAG aparecen en la figura 2.



-La mayor parte de los pacientes encuestados con pareja actual no padece ansiedad, mientras que del total de pacientes encuestados sin pareja actual el porcentaje es mayor.

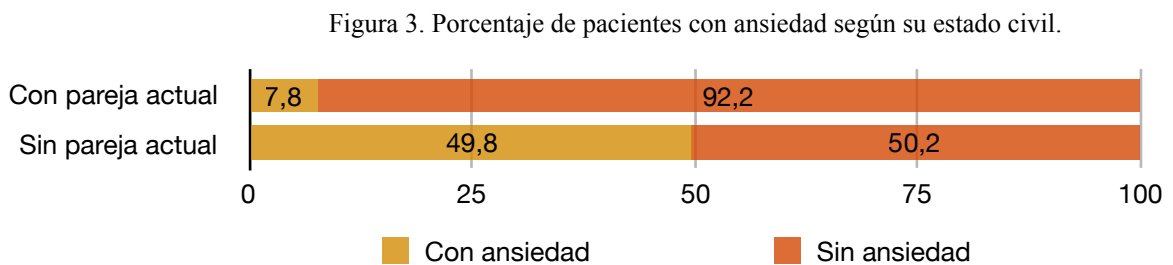
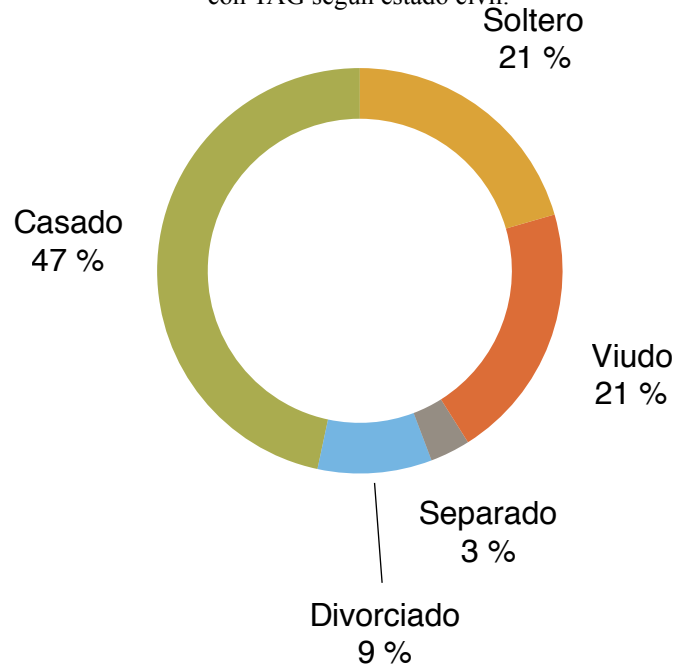
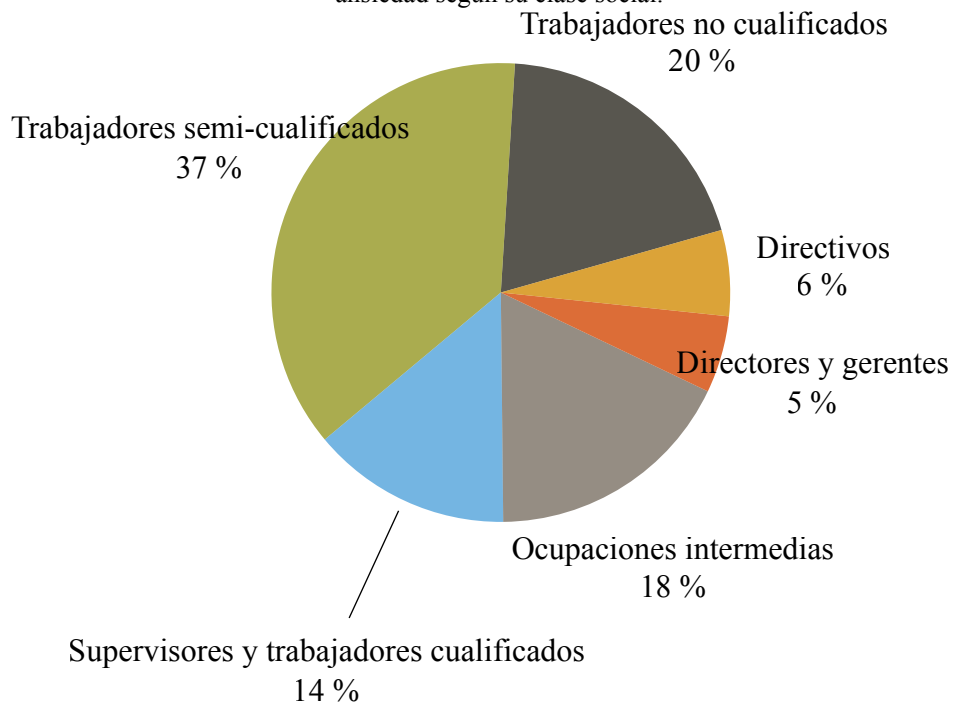


Figura 4. Distribución de pacientes con TAG según estado civil.



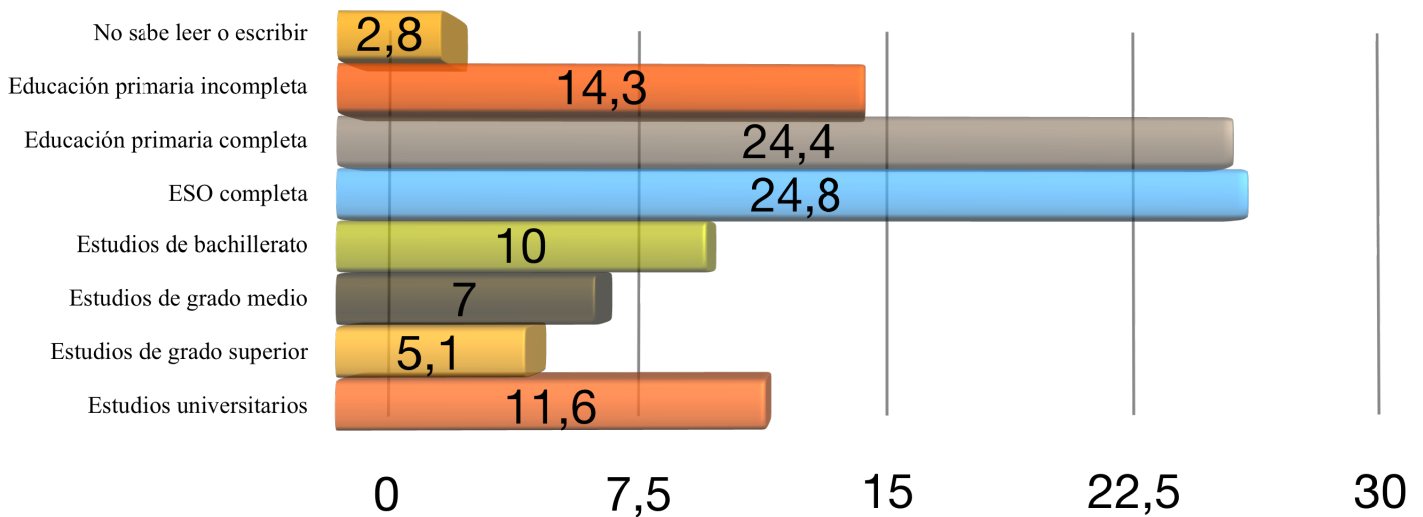
- Según la clase social de los pacientes observamos que un 84,8% de los pacientes con ansiedad tiene una ocupación intermedia o baja.

Figura 5. Distribución de pacientes con ansiedad según su clase social.



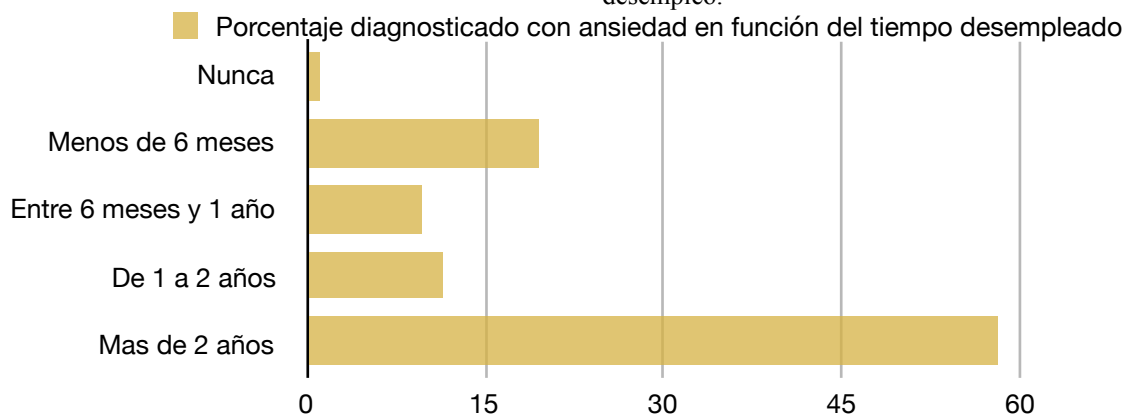
- En la distribución en función del nivel educativo de los pacientes que sufren ansiedad vemos que un 76,3% tiene estudios primarios o no tiene estudios.

Figura 6. Distribución de pacientes con ansiedad según su nivel educativo.



- Según el tiempo transcurrido en desempleo observamos que un gran porcentaje de los pacientes que sufren TAG llevan desempleados más de dos años.

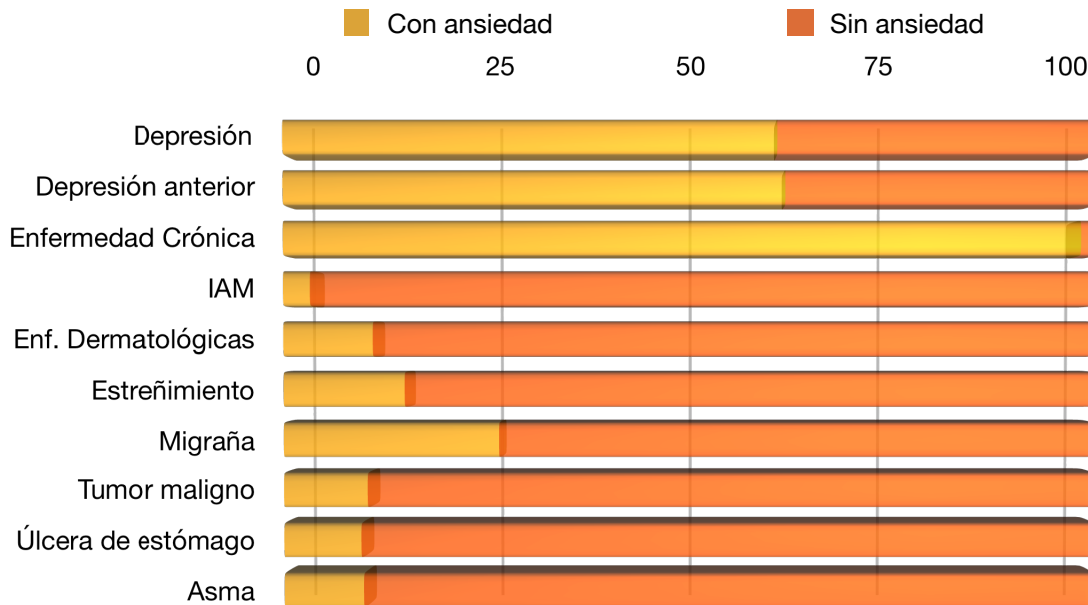
Figura 7. Porcentaje de pacientes con ansiedad según el tiempo de desempleo.



Características relacionadas con el estado de salud

-Los pacientes que sufren otras enfermedades pueden desarrollar trastorno de ansiedad generalizada. Observamos el porcentaje de pacientes con ansiedad que padecen otra enfermedad más.

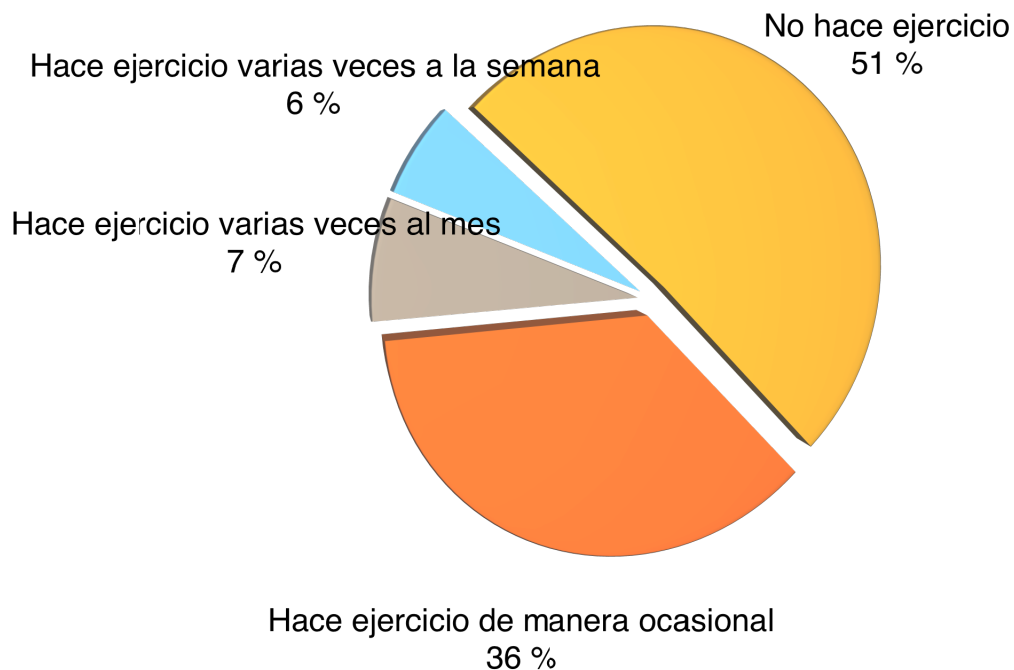
Figura 8. Porcentaje de pacientes con ansiedad con enfermedades concomitantes.



Características relacionadas con el estilo de vida:

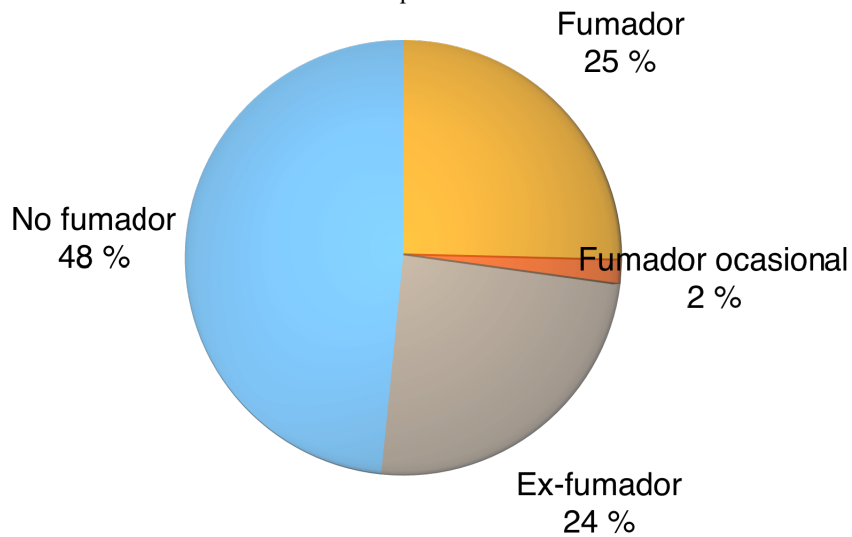
-La mayoría de los pacientes con ansiedad no hace ejercicio de manera continuada por lo que observamos una asociación entre la práctica de ejercicio y la ansiedad.

Figura 9. Distribución en función de la actividad física.



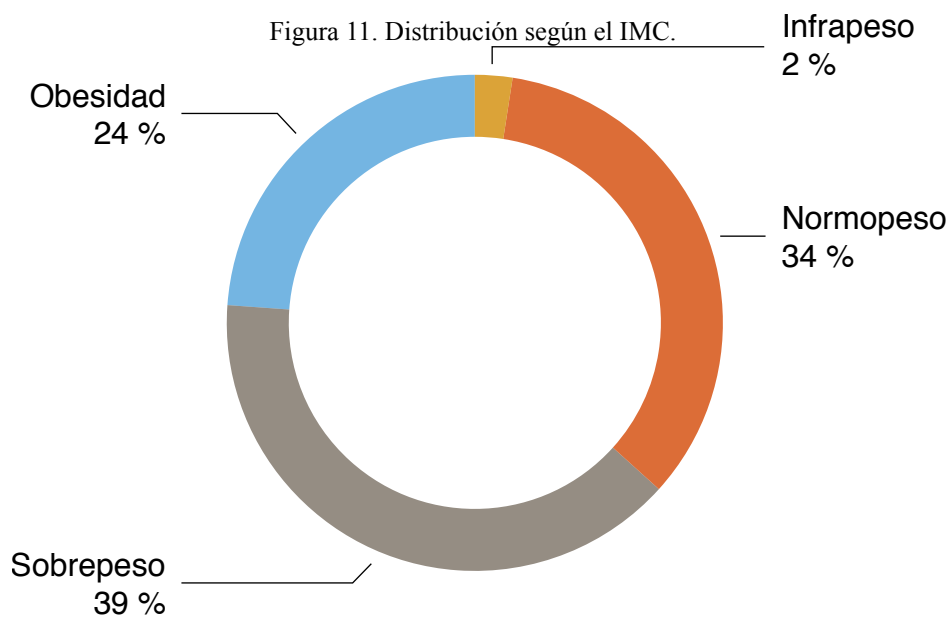
- El tabaquismo también supone un factor de riesgo para el Trastorno de ansiedad generalizada ya que un 52% de los pacientes diagnosticados fuma o ha fumado alguna vez en su vida.

Figura 10. Distribución según el hábito tabáquico.



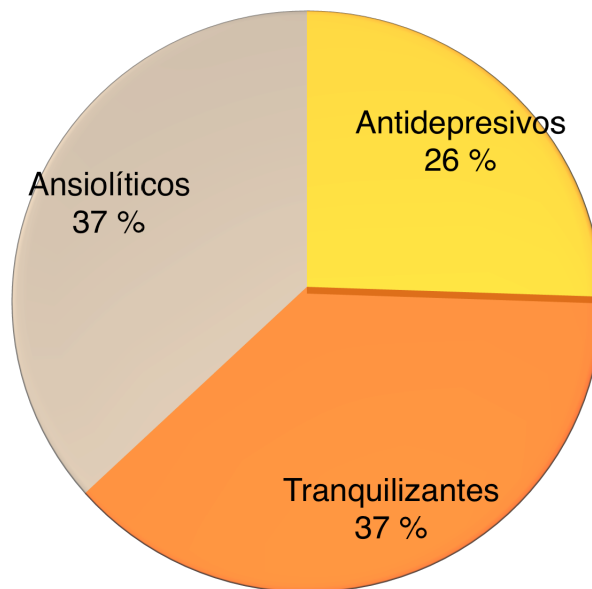
- En cuanto al IMC las personas diagnosticadas con ansiedad se agrupan en mayoría en IMC de sobrepeso y obesidad.

Figura 11. Distribución según el IMC.



- Otra de las variables estudiadas ha sido el consumo de fármacos por parte de los pacientes diagnosticados, observando que un 74% de los pacientes con TAG consume ansiolíticos y/o tranquilizantes.

Figura 12. Consumo de fármacos de los pacientes con TAG.



DISCUSIÓN

Según los datos obtenidos a partir de la EESE 2017, con 23.089 personas encuestadas, se estima que la **prevalencia** del Trastorno de Ansiedad Generalizado es del 9%.

Estos valores son inferiores a los estimados para la población mundial ya que se estima una prevalencia del 26% en la UE ² y un 25,12% a nivel mundial.⁹

Esta prevalencia puede deberse a una infravaloración del diagnóstico en España, ya que es difícil establecer un diagnóstico claro cuando no se sufren crisis de ansiedad de manera continuada, por ello la prevalencia mundial estimada es superior, debido a que se tienen en cuenta las crisis agudas y la cronicidad de la enfermedad.

La prevalencia del trastorno generalizado de ansiedad ha ido aumentando en los últimos años a nivel mundial debido a factores de riesgo que aún no han sido bien definidos, involucrando factores genéticos, ambientales, psicológicos y del desarrollo. Se estima que, en total, un 30% de los adultos experimentará algún trastorno de ansiedad en su vida¹⁰, por tanto, es necesario adoptar medidas para reducir la incidencia de la enfermedad, prevenir complicaciones y reducir los costes económicos que genera.

En nuestro estudio la **edad** situaba la mediana de los pacientes con ansiedad en 58 años(rango intercuartílico 46-70 años). Estas cifras se corresponden con la mayoría de

los estudios que muestran que la prevalencia de la ansiedad se dispara en personas mayores de 65 años hasta alcanzar valores del 40%.¹¹ Al realizar el Test de Mann-Whitney encontramos que existen diferencias significativas en la edad de las personas con ansiedad y sin ansiedad. Las personas con TAG tienen edades superiores a los pacientes que no tienen TAG.

En base a los resultados de nuestro estudio, el trastorno generalizado de ansiedad si se encuentra asociado al **sexo**. Con las variables cualitativas dicotómicas como es el sexo se calculo el Odds Ratio (OR) que indica que el riesgo de enfermar es mayor o menor en el grupo de los expuestos a una determinada variable que en el grupo de los no expuestos . Con el valor de OR obtenido podemos afirmar que los hombres tienen 2,4 veces menos riesgo de padecer TAG que las mujeres. Las mujeres tienen mayor riesgo de padecer la enfermedad. Se han identificado un conjunto de factores que explican el predominio femenino en los trastornos de ansiedad, siendo los factores psicosociales y socioculturales que influyen en el afrontamiento de la persona tales como el rol sexual, la pobreza, nivel de ingresos, apoyo social, adversidades y predisposición genética.¹² Existen, además, estudios que demuestran que las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más, alcanzando valores de hasta 17,5% de mujeres.¹²

Observando los resultados del **estado civil** vemos que del total de pacientes que padecen trastorno de ansiedad generalizado cerca del 47% está casado, siendo el grupo con mayor representación. Pero si observamos en términos totales, del total de pacientes encuestados con pareja actual, sólo un 7% tiene trastorno de ansiedad generalizado, mientras que cerca de un 50% de los encuestados sin pareja actual lo padece. Podemos decir que existe una asociación entre no tener pareja y sufrir trastorno de ansiedad generalizado. Según estudios realizados sobre el estado civil y la ansiedad se confirma que la ausencia de pareja o sufrir una ruptura o pérdida de la misma promueve la sintomatología depresiva y por tanto aumenta el riesgo de padecer trastorno de ansiedad generalizada, ya que pasar por una ruptura o pérdida puede afectar de manera global a la vida psíquica y afectiva de los individuos teniendo un impacto serio en la salud.¹⁶

Respecto al **nivel educativo** se encuentra que los grupos con mayor prevalencia de TAG son las personas con una Educación Primaria o sin estudios.

Esto puede explicarse ya que los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada suelen tener una mayor edad y las personas mayores (sobre todo las mujeres) suelen tener un menor nivel académico. Esto se relaciona con un manejo deficiente de distintas situaciones sociales que produce un aumento de la importancia de los factores socioeconómicos de la enfermedad.^{10, 17}

En cuanto a la **clase social** se aprecia una distribución parecida al nivel educativo, siendo las personas con ocupaciones laborales intermedias y de trabajos poco o nada cualificados las que más porcentaje de trastorno de ansiedad generalizado sufren. Esto se debe a los mismos motivos que el punto anterior, y podemos observar que existe una

asociación entre la clase social y el nivel educativo con la ansiedad, traducándose en un factor de riesgo para el trastorno de ansiedad generalizada. ¹⁷

El **tiempo desempleado** es otra de las variables socio-demográficas en la que podemos apreciar que cerca de un 60% de los pacientes con trastorno generalizado de ansiedad lleva desempleado más de dos años, siendo éste un factor de riesgo para la enfermedad debido a la existencia de asociación entre ambos. Existen estudios que avalan la hipótesis de que los individuos desempleados presentan una salud mental comparativamente más pobre que individuos que se dedican prioritariamente a sus estudios y empleos. ¹⁸

Respecto a las **enfermedades** concomitantes se observa una clara asociación entre la depresión y las enfermedades crónicas con la ansiedad; siendo las enfermedades crónicas un factor de riesgo elevado para padecer trastorno de ansiedad generalizado. Existe una elevada probabilidad de sufrir ansiedad si previamente se padece depresión o alguna enfermedad crónica. ¹

Sobre la práctica de **ejercicio físico** también observamos una clara asociación entre la ansiedad y la poca o nula práctica de ejercicio. El estudio realizado en la Facultad de Educación de la Universidad de Konya, Turquía, mostró que el nivel de ansiedad de los estudiantes que participaron en un programa de ejercicio y actividades físicas sufrió una disminución importante respecto al grupo control que no participó en dichas actividades. Estas actividades deportivas provocaron una reducción de los niveles de ansiedad en todas las categorías de edad, concluyendo que la actividad física tiene un notable papel en la eliminación de la ansiedad. ¹⁹ Estos resultados concuerdan con los que hemos obtenido en nuestro estudio.

De la misma forma que el ejercicio ejerce acción sobre la ansiedad lo hace el **IMC** ya que un 63% de los pacientes con ansiedad se encuentra con un IMC de sobrepeso u obesidad. Se puede relacionar el IMC con la falta de actividad física y por tanto un nuevo factor de riesgo para el trastorno de ansiedad generalizada.

Los resultados del **tabaquismo** también expresan una asociación entre el consumo de tabaco y el trastorno generalizado de ansiedad ya que un 52% de los pacientes con ansiedad fuma o ha fumado a lo largo de su vida.

El **consumo de medicamentos** por parte de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizado nos muestra que la mayoría de pacientes diagnosticados se encuentra bajo alguno o varios de los tratamientos farmacológicos posibles para la enfermedad, pero de escasa validez a largo plazo, siendo un consumo que debe ser vigilado para reducir los elevados costes económicos que genera esta enfermedad. ^{2,6}

CONCLUSIÓN

Con los datos de la Encuesta Europea de Salud en España de 2017 se estima una prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada del 9% en la población estudiada.

El perfil del paciente diabético es una mujer con una edad de 58 años, sin pareja, con un bajo nivel educativo y trabajadora del sector primario. Por lo general son personas con sobrepeso u obesidad y no realizan ejercicio de forma habitual. La mayoría fuma o ha fumado. También padecen enfermedades concomitantes como la depresión y consumen fármacos psicoactivos.

Este estudio confirma por tanto la utilidad de la Encuesta Europea de Salud en España de 2017 como fuente de información para establecer el perfil epidemiológico del paciente con trastorno de ansiedad generalizada en España.

LIMITACIONES

Los estudios observaciones descriptivos y transversales como el que hemos empleado se ven limitados por el desconocimiento de la historia natural y la ausencia de temporalidad. Esta ausencia de temporalidad ocasiona lo que conocemos como el sesgo de supervivencia, haciendo que la prevalencia calculada solo sea con los individuos vivos en el momento del estudio y nos impide a su vez realizar un seguimiento.

Debido a estos inconvenientes, se recomienda realizar más estudios para poder demostrar y confirmar la hipótesis aquí planteada.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Gómez-Restrepo C, Tamayo Martínez N, Bohórquez A, Rondón M, Medina Rico M, Rengifo H, et al. Depression and Anxiety Disorders and Associated Factors in the Adult Colombian Population, 2015 National Mental Health Survey. Revista Colombiana de Psiquiatría. diciembre de 2016;45:58-67. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000500009&lng=en&nrm=iso&tlng=es

² Depression in Europe: facts and figures [Internet]. 2019. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-in-europe-facts-and-figures>

³ Cruz-Morales SE, González-Reyes MR, Gómez-Romero JG, Arriaga Ramírez JCP. Modelos de ansiedad. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta. 26 de enero de 2011;29(1):93-105-105. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rmac/article/view/23518/23894>

- ⁴ Bados A. Trastorno de ansiedad generalizada. :77. Disponible en:
https://scholar.google.es/scholar?cluster=16268286471861494296&hl=es&as_sdt=0,5
- ⁵ What Are Anxiety Disorders? [Internet]. Disponible en:
<https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
- ⁶ Capafons A. Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema* [Internet]. 2001;13(3). Disponible en:
<https://www.redalyc.org/html/727/72713309/>
- ⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sanidad. Portal estadístico del SNS. Sistema de información sanitaria. Salud y estilos de vida. Encuesta Europea de Salud en España 2017. Cuestionario de adultos. Disponible en:
https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- ⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sanidad. Portal estadístico del SNS. Sistema de información sanitaria. Salud y estilos de vida. Encuesta Europea de Salud en España 2017. Metodología. Disponible en:
<https://www.ine.es/metodologia/t15/t153041917.pdf>
- ⁹ Using path analysis to investigate the relationships between depression, anxiety, and health-related quality of life among patients with coronary artery disease. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31098799>
- ¹⁰ Expert Q & A: Anxiety Disorders [Internet]. Disponible en:
<https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/expert-q-and-a>
- ¹¹ Canto Pech, Hugo Guadalupe, Castro Rena, Eira Karla, Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología* [en línea] 2004, 9 (julio-diciembre). Disponible en:
<https://www.redalyc.org/html/292/29290204/>
- ¹² Arenas, M. Carmen y Puigcerver, Araceli. Sex differences of anxiety disorders: Possible psychobiological causes. *Escritos de Psicología* [online]. 2009, vol.3, n.1, pp. 20-29. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092009000300003&script=sci_arttext&tlng=en
- ¹³ Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma(1452) [Internet]. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1452>
- ¹⁴ Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales | Londoño | Artículos en PDF disponibles desde 1994 hasta 2013.[Internet]. Disponible en:
<http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/458>
- ¹⁵ Renta por persona y unidad consumo por comunidades autónomas(9947) [Internet]. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9947>
- ¹⁶ Bastida-González, Ricardo, Valdez-Medina, José Luis, Valor-Segura, Inmaculada, González Arratia-López Fuentes, Norma Ivonne, Rivera-Aragón, Sofía, Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* [en línea] 2017, XXVI (Abril-Sin mes). Disponible en:
<https://www.redalyc.org/html/2819/281950399009/>
- ¹⁷ E. Caballo, Vicente; C. Salazar, Isabel; Irurtia, María Jesús; Olivares, Pablo; Olivares, José. Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. Disponible en:
https://scholar.google.es/scholar?cluster=2219141388079417373&hl=es&as_sdt=0,5

¹⁸ Acosta-Rodriguez, Fernanda; Rivera-Martinez, Mabel y Pulido-Rull, Marco Antonio. Depresión y ansiedad en una muestra de individuos mexicanos desempleados. *J. behav. health soc. ISSUES* [online]. 2011, vol.3, n.1 [citado 2019-05-20], pp.35-42. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-07802011000100004&script=sci_arttext

¹⁹ Efectos del Ejercicio Físico sobre la Ansiedad [Internet]. Disponible en:

https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:ERCU_3IazxAJ:scholar.google.com/+ansiedad+y+ejercicio+fisico&hl=es&as_sdt=0,5