

TRASTORNOS POR ANSIEDAD: ANALISIS MULTIDIMENSIONAL

José Antonio López-Villalobos^{1*}, María Victoria López-Sánchez**, Jesús María Andrés- De Llano***, María Isabel Sánchez-Azón****, Nuria Miguel-De Diego***** y Rocío Baleriola-Recio*****

* *Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Hospital San Telmo. Salud mental infante juvenil*

** *Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Hospital Río Carrión. Servicio de Pediatría*

*** *Diputación de Palencia*

**** *Universidad Pontificia de Salamanca*

***** *Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Hospital San Telmo. Salud mental*

RESUMEN. Antecedentes: Los trastornos por ansiedad (TA) son una de las patologías más frecuentes en la infancia y la adolescencia, encontrándose asociados a factores sociodemográficos, clínicos, familiares y escolares. El estudio tiene como objetivo el análisis de la contribución de variables sociodemográficas, clínicas, familiares y académicas en la probabilidad de presentar TA en un contexto clínico de salud mental. **Método:** Utilizamos un diseño *ex post facto*, retrospectivo, transversal, analítico, observacional y comparativo con dos grupos (casos de TA y controles clínicos). El muestreo es consecutivo de pacientes atendidos en salud mental y consta de 1837 casos clínicos, con edades comprendidas entre los 6 y 16 años. Casos ($n = 273$) y controles ($n = 1564$) se han definido mediante entrevista clínica según criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Los casos de TA incluyen personas con trastornos por ansiedad de separación, ansiedad generalizada, ansiedad social y fobias. El análisis de datos incluye una fase descriptiva y un método estimativo multivariable de regresión logística para dar respuesta al objetivo principal. **Resultados:** El modelo de regresión logística propuesto es significativo [$\chi^2(10, n = 1747) = 77,03, p < 0,00$] y clasifica el 85,3% de los casos. Las variables sexo femenino (OR = 2,01; $p = 0,00$), mayor edad (OR = 1,06; $p = 0,00$), mas comorbilidad (OR = 2,79; $p = 0,00$), no tener CI Límite (OR = 2,29; $p = 0,03$) y tener padres no separados (OR = 2,63; $p = 0,00$) incrementan significativamente el odds ratio para TA en un contexto clínico. Las variables antecedentes psiquiátricos, haber sido tratado previamente por psicólogo o psiquiatra, repetición de cursos y educación de los padres no resultan significativas en el modelo. **Conclusiones:** Los TA presenta asociación con variables sociodemográficas y clínicas susceptibles de inclusión en programas preventivos.

Palabras clave: Trastornos por ansiedad, infancia, adolescencia, estudio *ex post facto*.

¹Correspondencia: José Antonio López-Villalobos. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Hospital San Telmo. Salud mental infante juvenil. Avenida san Telmo s/n. 34004 Palencia. E-mail: villalobos@cop.es

ABSTRACT. Background: Anxiety Disorders (AD) are one of the most common conditions in childhood and adolescence, being associated with sociodemographic, clinical, family and school factors. The aim of the study is to analyze the contribution of these factors in the probability of suffering AD. **Method:** We used a retrospective, cross-sectional, observational, comparative ex post facto design with two groups (cases of AD and clinical controls). Sampling is consecutive with patients treated in mental health and consists of 1837 clinical cases, aged between 6 and 16 years. Cases (n = 273) and controls (n = 1564) were defined by clinical interview according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. AD cases include people with separation anxiety disorder, generalized anxiety, social anxiety and phobias. Data analysis included a descriptive phase and an estimated multivariate logistic regression method in order to respond the primary objective. **Results:** The proposed logistic regression model is significant [$\chi^2(10, n = 1747) = 77.03, p < .00$] and classified 85.3% of cases. Female (OR = 2.01; p = .00), older age (OR = 1.06; p = .00), having comorbidity (OR = 2.79; p = .00), no borderline intelligence quotient (OR = 2.29; p = .03) and not separated parents (OR = 2.63; p = .00) significantly increase the odds ratio for AD in a clinical context. Psychiatric history, have been treated previously by a psychologist or psychiatrist, repetition of school years and parental education are not significant in the model. **Conclusions:** AD have association with sociodemographic and clinical variables eligible for inclusion in preventive programs.

Keywords: Anxiety disorders, childhood, adolescence, ex post facto design.

Introducción

Los trastornos por ansiedad (TA) son una de las patologías que aparecen de forma más temprana y que son más frecuentes en la infancia y la adolescencia, encontrándose asociados a factores biológicos, ambientales o psicosociales y suscitando una demanda asistencial elevada. Paralelamente, en contra de la creencia popular, los TA no son transitorios y predisponen a otras patologías en la edad adulta (Bittner et al., 2007; Lewinsohn, Holm-Denoma, Small, Seeley y Joiner, 2008; Tannock, 2003).

En estas circunstancias, resulta relevante el estudio de los factores de riesgo de los TA. Entre los factores de riesgo que predisponen a un niño a padecer síntomas de ansiedad se han citado la excesiva reactividad temperamental ante el estrés, la inhibición conductual, ansiedad en los padres considerada como factor genético y de aprendizaje y estilo educativo sobreprotector o con exceso de exigencia (Sánchez y Burillo, 2010). En población adulta, los factores de riesgo para la ansiedad incluyeron

baja autoestima, antecedentes familiares de trastorno depresivo mayor, sexo femenino, abuso sexual en la infancia, años de educación, número de experiencias traumáticas y entorno familiar conflictivo (Blanco et al., 2014).

En este contexto, nuestro estudio tiene como objetivo el análisis de la contribución de variables sociodemográficas, clínicas, familiares y académicas en la probabilidad de presentar TA en un contexto clínico de salud mental.

Método

Participantes

Participaron todos los casos clínicos ($n = 1837$), entre seis y dieciséis años, atendidos en una Unidad de Salud Mental. El muestreo fue consecutivo y se compone de 273 casos de TA y 1564 casos clínicos sin TA.

Los casos de TA son del sexo masculino un 45,4% ($n = 124$) con media de edad de 10,16 años ($DE = 3,52$) y del sexo femenino un 54,6% ($n = 149$) con media de edad de 10,40 años ($DE = 3,31$). Los casos clínicos sin TA son del sexo masculino un 60,1% ($n = 940$) con media de edad de 9,02 años ($DE = 3,74$) y del sexo femenino un 39,9% ($n = 624$) con media de edad de 10,24 años ($DE = 4,10$).

Instrumentos

- *Child Symptom Inventory* (CSI). Escala desarrollada por Gadow y Sprafkin (1997) que incluye un análisis de cuadros diagnósticos ajustados a criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). En nuestro estudio para los TA hemos utilizado los apartados D (*generalized anxiety disorder*), E (*specific phobia*), I (*social phobia*) y J (*separation anxiety disorder*) vinculados al TA. La escala cuenta con los siguientes valores de fiabilidad test – retest y validez de criterio con diagnóstico clínico en los apartados D ($r = 0,65$; $Se = 0,93$; $Es = 0,95$), E ($Es = 0,89$), I ($r = 0,74$; $Se = 0,83$; $Es = 0,87$) y J ($r = 0,87$; $Es = 0,95$).
- Test de inteligencia de Wechsler para niños (Wechsler, 1999). La variable capacidad intelectual límite se considera según criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) en los márgenes entre un CI de 71 a 84.
- Se consideraron las variables comorbilidad, antecedentes psiquiátricos globales hasta la segunda generación, educación de los padres (dos niveles: educación básica hasta EGB y superior), educación de los hijos (dos niveles: repetir o no repetir curso), núcleo de convivencia (tener o no padres separados), atención sanitaria previa a acudir a salud mental y tener capacidad intelectual límite.

Procedimiento y diseño

Se utilizó un diseño de estudio ex post facto retrospectivo de dos grupos, uno de cuasi control (Montero y León, 2007).

El muestreo fue consecutivo de pacientes atendidos en una unidad de salud mental. Todos los casos y controles se analizaron mediante entrevista clínica ajustada a criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), según modelo del *Child Symptom Inventory*. Se consideraron casos los trastornos de ansiedad y controles el resto de la población clínica.

Resultados

Los TA representan el 14,86% de los casos ($n = 273$) atendidos en salud mental.

La Tabla 1 incluye un análisis descriptivo de las variables analizadas en casos (TA) y controles (NoTA). Se refleja el número de casos en cada variable y el porcentaje que representa en cada categoría.

Tabla 1. Análisis descriptivo diferencial Trastornos por Ansiedad / No Trastornos por Ansiedad.

Variable	TA n (%)	NoTA n (%)
Sexo femenino	149 (54,6%)	624 (39,9%)
Media de edad	10,29 (DE = 3,4)	9,51 (DE = 3,93)
Antecedentes Psiquiátricos	132 (50,8 %)	727 (48,5%)
Comorbilidad	69 (25,3%)	221 (14,1%)
Atención sanitaria previa	26 (9,5%)	190 (12,1%)
Repetición de cursos	43 (15,8%)	274 (17,5%)
Padres separados	13 (4,8%)	124 (7,9%)
Educación básica madres	196 (71,8%)	1183 (76%)
Educación básica padres	197 (73,3%)	1167 (75,2%)
Capacidad intelectual límite	8 (2,9%)	91 (5,8 %)

Nota. TA = Trastornos por ansiedad; NoTA = controles clínicos.

Las proporciones observadas indican que los casos de TA atendidos, por contraste con los controles, tienen mayor media de edad [$t_{(1836)} = 3,09$; $p = 0,00$], están más representados en el sexo femenino [$\chi^2_{(1, 1837)} = 20,55$; $p = 0,00$], tienen más comorbilidad asociada [$\chi^2_{(1, 1837)} = 21,71$; $p = 0,00$], menor número de casos con CI Límite [$\chi^2_{(1, 1837)} = 5,82$; $p = 0,00$] y se observa con menor frecuencia padres separados [$\chi^2_{(1, 1837)} = 3,37$; $p = 0,04$].

La comorbilidad de los TA se asocia fundamentalmente con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (9,5% %), categoría de problemas de relación, abuso o negligencia y problemas adicionales (16,4%), trastornos de eliminación (2,1%), Trastornos de conducta (2,9%), trastorno del estado de ánimo (1,8%) y trastorno de la alimentación: 2,1%.

Para estimar la presencia o ausencia de TA en función de las variables relevantes relacionadas con nuestra investigación utilizamos un modelo de análisis de regresión logística. Los resultados indican que las variables mayor edad, sexo femenino, tener comorbilidad, repetición de cursos, no tener CI límite y tener padres que convivan juntos tienen un efecto significativo positivo sobre el incremento de la probabilidad de que exista TA (Tabla 2). Las variables haber sido tratados previamente por psicólogo o psiquiatra, nivel educativo de los padres, presentar antecedentes psiquiátricos y repetir cursos no resultan significativas en el modelo de regresión logística.

El modelo propuesto es significativo [$\chi^2_{(10, 1747)} = 77,03$; $p < 0,00$] y clasifica correctamente el 85,3% de los casos., utilizando como valor de corte la probabilidad de 0,50.

Tabla 2. Regresión logística multivariable sobre Trastornos Ansiedad.

	B	ET	gl	Exp(B)	IC 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo femenino	0,701***	0,142	1	2,015	1,525	2,663
Edad	0,059**	0,020	1	1,061	1,020	1,103
Antecedente psiquiátrico	0,045	0,140	1	1,046	0,794	1,377
Comorbilidad	1,028***	0,174	1	2,797	1,989	3,932
No CI Límite	0,832*	0,400	1	2,297	1,048	5,034
Repetir curso	-0,341	0,212	1	0,711	0,469	1,076
Profesional anterior	0,303	0,234	1	1,354	0,856	2,142
Educación padres	-0,021	0,183	1	0,980	0,684	1,403
Educación madres	-0,216	0,183	1	0,806	0,563	1,155
Padres no separados	0,968**	0,359	1	2,634	1,303	5,322
Constante	-4,644	0,625	1	0,010		

Nota. gl = grados de libertad; Exp(B) = odss ratio; IC = intervalo de confianza.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Discusión/Conclusiones

Las variables mayor edad, sexo femenino, comorbilidad, no tener CI límite y tener padres que conviven juntos tienen un efecto significativo sobre el incremento de la probabilidad de TA.

En las líneas que siguen a continuación reflexionaremos sobre cada una de las variables asociadas a TA, reflejadas en nuestra investigación.

En primer lugar, revisamos las dimensiones sociodemográficas. La variable edad y sexo femenino en un contexto clínico incrementan la probabilidad de TA. Este dato es consistente con el hecho de que la prevalencia de la ansiedad aumenta en la adolescencia (Tannock, 2003) y la literatura científica general suele citar que las mujeres presentan más cuadros de ansiedad que los hombres (Blanco et al., 2014; Donner y Lowry, 2013). Otros estudios citan la distribución en función del sexo de los trastornos de ansiedad incluidos en este estudio: la fobia social es más frecuente en niños, la fobia simple en niñas y los trastornos por ansiedad de separación y por ansiedad generalizada se distribuyen por igual en ambos sexos (Mardomingo y Gutiérrez, 2010).

Entre las dimensiones clínicas, la variable que más incrementa la probabilidad de TA es la comorbilidad. La comorbilidad más frecuente en nuestra investigación es con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y con la categoría de problemas de relación, abuso o negligencia y problemas adicionales que merecen atención clínica independiente. La literatura científica, en consonancia con nuestro estudio, refleja que los niños con TDAH presentan TA comórbido entre el 25% y 35% (Barkley, 2006). Esta situación es relevante, pues esta combinación diagnóstica es un signo pronóstico de peor evolución que los diagnósticos aislados y requiere intervención independiente y diferenciada. Parece necesaria una especial atención a esta comorbilidad y una adecuada detección para un tratamiento ajustado a ambas dimensiones.

Los antecedentes psiquiátricos no incrementan la probabilidad para TA en el contexto clínico. En un estudio similar al nuestro en el contexto clínico y margen de edad se observan similares resultados (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999). Esta

circunstancia no resta valor a los antecedentes psicopatológicos de los padres al tratarse de un contexto clínico donde casos y controles alcanzan cifras en torno al 50%.

Nuestra investigación no ha diferenciado el tipo de antecedentes psiquiátricos de forma concordante con diversos estudios que apreciaron que cualquier tipo de trastorno mental en los padres fue asociado con un incremento de la probabilidad para cualquier tipo de trastorno en los hijos y que la psicopatología de los padres es un factor de riesgo no específico para los trastornos de la descendencia. En concreto, la presencia en los padres de depresión, ansiedad generalizada, trastorno del pánico, uso de sustancias o personalidad antisocial eran también predictores significativos de trastorno de ansiedad en los hijos (McLaughlin et al., 2012).

Otra dimensión clínica analizada en nuestro estudio es que la menor presencia de CI limite incrementa la probabilidad para TA. En un estudio similar al nuestro, en contexto clínico y margen de edad, observaron que la inteligencia global disminuye la probabilidad de tener ansiedad en niños (Bragado et al., 1999).

En el contexto familiar, La variable tener padres que conviven juntos incrementa la probabilidad de TA de nuestro análisis, de la misma forma que sucede en un estudio similar al nuestro en edad y contexto clínico (Bragado et al., 1999). En un estudio de cohortes en población general adolescente se observó la influencia de la ruptura familiar (divorcio de los padres) en la aparición de síntomas somáticos funcionales, que es explicada por síntomas de ansiedad y depresión (Van Gils, Janssens y Rosmalen, 2014).

En el contexto de las variables académicas, repetir curso no influye en la probabilidad para TA, de forma similar a lo que sucede en un estudio similar al nuestro (Bragado et al., 1999). Otros estudios citan que niños y adolescentes con ansiedad tienden a presentar bajo rendimiento académico (King y Bernstein, 2001).

El estudio presentado se realiza con población clínica lo que puede haber oscurecido la capacidad predictiva de algunas variables y no resulta extensible a población general; sin embargo al comparar casos de TA con controles clínicos se potencia la capacidad de discriminación de los factores investigados, puesto que existe una mayor exigencia para lograr diferencias significativas entre grupos.

Los autores estimamos el interés de los análisis referenciados en nuestro estudio para la consideración de las variables clínicas en programas preventivos.

Referencias

- American Psychiatric Association. (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Bittner, A., Egger, H.L., Erkanli, A., Costello, J., Foley, D.L. y Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1174–1183.
- Blanco, C., Rubio, J., Wall, M., Wang, S., Jiu, C.J. y Kendler, K.S. (2014). Risk factors for anxiety disorders: common and specific effects in a national sample. *Depression and Anxiety*, 31, 756–764.
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11, 939-956.
- Donner, N.C. y Lowry, C.A. (2013). Sex differences in anxiety and emotional behavior. *Pflügers Archiv*, 465, 601–626.

- Gadow, K. D. y Sprafkin, J. (1997). *Child Symptom Inventory 4, Norms manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- King, N. J. y Bernstein, G. A. (2001). School refusal in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 197-205.
- Lewinsohn, P.M., Holm-Denoma, J.M., Small, J.W., Seeley, J.R. y Joiner, T.E. (2008). Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 548-55.
- Mardomingo, M.J. y Gutierrez, J.R. (2010). Trastornos de ansiedad. En C. Soutullo y M.J. Mardomingo (Eds.), *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 79-93). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- McLaughlin, K.A., Gadermann, A.M., Hwang, I., Sampson, N.A., Al-Hamzawi, A. y Andrade, L.A. (2012). Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 290-299.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Sánchez, P. y Burillo, C. (2010). El estrés en el niño. En M. D. Crespo y A. Muñoz (Eds.), *Psicopatología en la clínica pediátrica* (pp. 25-30). Madrid: Ergon.
- Tannock, R. (2003). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con trastornos de ansiedad. En T.E. Brown, (Ed.), *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos* (pp. 125-170). Barcelona: Masson.
- Van Gils, A., Janssens, K.A. y Rosmalen, J.G. (2014). Family disruption increases functional somatic symptoms in late adolescence: The TRAILS Study. *Health Psychology*, 33 (11), 1354-61.
- Wechsler, D. (1999). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada*. Madrid: TEA.