

Contribución de la interacción familiar como posible predictor del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

The contribution of family interaction as possible predictor for Generalized Anxiety Disorder (GAD)

Edgar Salinas Rivera

Universidad Nacional Autónoma de México

Juan José Sánchez Sosa

Universidad Nacional Autónoma de México

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es uno de los cuadros de ansiedad con mayor prevalencia en el mundo. En México, su prevalencia a 12 meses es 0.4% en población general, equivalente a más de 400,000 personas. El cuadro incluye preocupación crónica, excesiva e incontrolable, nerviosismo, irritabilidad, tensión muscular y serio deterioro en la calidad de vida de quienes lo padecen. En este contexto es necesario determinar los factores que precipitan este trastorno a fin de desarrollar intervenciones eficaces para su prevención y tratamiento. Se ha documentado que la interacción familiar contribuye a la aparición del trastorno, pero aún falta explorar la especificidad del efecto de la interacción con cada padre, mejorar la operacionalización de las variables estudiadas y hacer comparaciones con grupos sanos, ya que se ha explorado sobre todo la sintomatología de los pacientes sin un diagnóstico confirmado. El **objetivo** del presente estudio fue explorar esta interacción con las tres precauciones metodológicas descritas mediante un esquema retrospectivo de casos y controles. **Participantes** 31 pacientes con diagnóstico confirmado de TAG y 31 participantes sin sintomatología. Los **resultados** revelaron que formas relativamente específicas de interacción familiar negativa se asocian con el posterior desarrollo de TAG en la edad adulta.

Palabras claves: crianza, predictores, trastornos psicossomáticos, preocupaciones, estilos de vida.

The Generalized Anxiety Disorder (GAD) is one of the most prevalent anxiety disorders worldwide. In Mexico, its twelve-month prevalence stands around 0.4% in the general population, which represents over 400,000 persons. This disorder involves excessive, uncontrollable and chronic worrying; nervousness, irritability, increased muscle tension and severe deterioration of the individual's quality of life. In this context it becomes necessary to establish the factors leading to the development of this disorder aimed at developing effective preventive and treatment interventions. Although research studies have documented that defective family interaction contributes to the development of this disorder, little attention has been given to the specificity of the interaction with each parent, to the operational features of measuring family interaction and to comparing healthy groups with **participants** with confirmed GAD diagnosis. Thus, the **purpose** of the present study was to explore these interactions while implementing methodological precautions, through a retrospective cases-control scheme. A total of 62 persons participated, 31 formally diagnosed with TAG and 31 without any anxious symptoms. **Results** revealed relatively specific forms of negative family interaction associated with the later development of GAD in adulthood.

Keywords: childrearing, predictors, psychosomatic disorders, worrying, lifestyles

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) constituye uno de los Trastornos de Ansiedad más frecuentes entre la población general. De acuerdo con la encuesta Nacional de Epidemiología sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas el TAG mostró prevalencias de vida y a 12 meses de 4.1% y 2.1% respectivamente, entre la población de Estados Unidos (Grant et al., 2005).

Edgar Salinas: Planeación del estudio, recolección y análisis de datos, redacción de la primera versión del manuscrito. J.J. Sánchez Sosa: Planeación del estudio, supervisión metodológica, redacción de la versión final. Se agradece el subsidio IN-306313 del PAPIIT, UNAM y al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF) por el acceso a las instalaciones y los participantes y la Dra. Patricia E. Campos Coy, Jefa del Departamento de Psicofisiología Aplicada en Servicios Clínicos del Instituto por su apoyo constante e incondicional y las facilidades otorgadas. Dirección postal: Cerro Teponaxtle 150-402, colonia Campestre Churubusco. Delegación Coyoacán, C.P. 04200, México, D.F. Correos electrónicos: esalinas08@ymail.com, esr_roma@hotmail.com, jujosaso@gmail.com

En México, los datos más recientes muestran que de los trastornos de ansiedad, el TAG cuenta con una prevalencia a 12 meses de .4% (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, et al., 2005), la cual a pesar de ser menor que en la población estadounidense, equivale a 413, 053 personas en la República Mexicana según los datos del censo poblacional de ese mismo año (*Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2005*).

Sin embargo no existen datos más recientes de la prevalencia de este trastorno en la Ciudad de México, sin embargo un estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría en 1999, utilizando criterios diagnósticos del CIE-10, reportó una prevalencia de vida para el TAG de 3.4% (Caraveo, 1999).

Según los criterios del DSM-IV-TR (DSM-IV-TR, 2000), el TAG se caracteriza principalmente por la presencia de preocupaciones crónicas, inespecíficas y excesivas, siendo éstas frecuentemente poco realistas en términos de su poca probabilidad de ocurrencia y sobrees-

timando la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos o amenazantes, lo cual las hace muy difíciles de controlar (Craske, Rapee, Jacquel, & Barlow, 1989, DSM- IV-TR, 2000; Dugas, Freestone, Ladouceur, Rheume, Provencher & Boisvert, 1998). De acuerdo con estos criterios la preocupación debe durar más de 6 meses ocasionando al individuo malestar clínicamente significativo y deteriorando su funcionamiento en prácticamente todas las áreas su vida (DSM-IV-TR, 2000; Wittchen, 2002).

Frecuentemente la preocupación se acompaña por síntomas como: inquietud o impaciencia, fatiga, dificultad para concentrarse o no poder poner la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular o alteraciones del sueño (dificultad para conciliarlo o mantenerlo o sueño no reparador), así como por conductas de evitación e hiper-vigilancia (Mc Lean & Woody, 2001).

El TAG es un trastorno que suele aparecer entre la adolescencia tardía y alrededor de los 20 años (Anderson, Noyes & Crowe, 1984; Rapee, 1991; Wittchen, 1998) y suele presentarse más frecuentemente en mujeres que en hombres (Wittchen, et al, 1994).

Deterioro y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos

Es muy frecuente que el Trastorno de Ansiedad Generalizada se presente en comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (Grant et al., 2005; Brown & Barlow, 1992; Bruce, Machan, Dyck & Keller, 2001; Carter, et al., 2001; Hunt, et al., 2002; Wittchen, et al., 1994).

El deterioro percibido por quien presenta este problema suele ser mayor que el ocasionado por otros trastornos de ansiedad y algunos trastornos de personalidad (Grant, et al., 2005) e incluso similar al ocasionado por el trastorno depresivo mayor en ausencia de algún otro trastorno psiquiátrico (Grant et al., 2005; Hunt, Slade, Andrews, 2004; Kessler, et al., 2002; Stein & Heimberg, 2002; Wittchen, 2002).

Adicionalmente, cuando se presenta el TAG junto con algún otro trastorno resulta aún más perjudicial para quien lo padece (Grant et al, 2005; Hunt, et al., 2002; Wittchen, et al., 1994; Wittchen, 2000).

Etiología

Se han tratado de identificar las causas o factores precipitadores de estados de ansiedad en general y de trastornos específicos como el TAG. En esta línea, algunos estudios han otorgado un peso importante a componentes genéticos o hereditarios sin poder identificar la contribución específica de dichos factores (Hettema, Neale & Kendler, 2001; Kendler, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1992).

Parece ser que además de una posible contribución genética como factor predisponente, el ambiente familiar, con formas de interacción específicas entre los miembros de la familia juega un papel fundamental para el desarrollo de problemas de ansiedad. Estas interacciones pueden, por un lado proteger al individuo, y por otro representar un factor de riesgo importante para el desarrollo o precipitación de cuadros clínicos tipificados, dependiendo de la calidad y la naturaleza de dichas interacciones (Repetti, Taylor & Seeman, 2002).

Diversos estudios han mostrado que el ambiente que proveen las familias de alto riesgo se asocia claramente con problemas psicológicos en los hijos. Entre ellos destacan: agresividad, trastornos conductuales, delincuencia, conducta antisocial, depresión, suicidio y ansiedad evaluada a partir de sintomatología física asociada o a partir de trastornos específicos. Las familias de alto riesgo normalmente se caracterizan por elevados niveles de conflicto en la interacción entre sus miembros, agresión y hostilidad, falta de aceptación, calidez y apoyo (Grych & Fincham, 1990; Jurado, 2002; Kaslow, Deering & Racusia, 1994; Reid & Cristafulli, 1990; Sánchez Sosa, Jurado y Hernández, 1992; Wagner, 1997). Además de estos problemas, la interacción ne-

gativa provoca alteraciones fisiológicas específicas que, con una activación sostenida producen estados que contribuyen al desarrollo de padecimientos tanto físicos como psicológicos. La exposición constante o recurrente a circunstancias estresantes creadas por familias de alto riesgo suelen ocasionar alteraciones en el eje Hipotalámico-pituitario-adrenocortical (HPA), modificando de manera importante la respuesta al estrés (Repetti, et al., 2002).

Se ha propuesto por ejemplo que el modelamiento así como la transmisión de información a través de la comunicación que reciben los hijos por parte de sus padres juegan un papel importante en el desarrollo de estilos de afrontamiento característicos de la ansiedad (Bandura, 1986; Field, 2006; Fisak & Grills-Taquechel, 2007; King et al., 1998; Mineka & Zinbarg, 2006; Muris et al., 2002). Adicionalmente, algunos estudios han mostrado que padres ansiosos tienden a expresar comentarios más catastróficos hacia sus hijos en comparación con padres no ansiosos (Whaley et al., 1999; Moore et al., 2004).

La historia de abuso físico y sexual se ha asociado también con la precipitación de sintomatología ansiosa y depresiva en edad adulta (Levitán, Rector, Sheldon & Goering, 2003, Lobby, Orton, Novins, Beals, & the AI-SUPERFP team., 2005; Weich, Patterson, Shaw, & Stewart-Brown, 2009) e incluso con una mayor respuesta del eje HPA ante situaciones estresantes de laboratorio en comparación con personas sin antecedentes de abuso sexual (Heim et al., 2000; Kaufman, Plotsky, Nemeroff & Charney, 2000).

Diversos estudios han mostrado que la percepción de estrés intenso en la familia en etapas tempranas de la vida puede contribuir al desarrollo posterior de sintomatología ansiosa y otros problemas asociados.

Algunas de las variables que se han asociado directamente con la precipitación de problemas de ansiedad incluyen el nivel de calidez, la crítica recibida por los hijos de parte de los padres, la promoción de autonomía, conductas de sobreprotección y el control percibido por los hijos.

En este sentido, pobres expresiones de calidez por parte de las madres en etapas tempranas de la vida (Moore, Whaley, & Sigman, 2004) al igual que altos niveles de crítica se han asociado con la presencia de trastornos de ansiedad en los hijos (Barlow, 2002). La frecuencia de expresiones emocionales negativas, en comparación con expresiones emocionales positivas también es un factor relacionado con el desarrollo de problemas de ansiedad (Lindhout, Markus, Borst, Hoogendijk, Dingemans, & Boer, 2009; Suveg, et al., 2005).

Una menor percepción de promoción de autonomía en la toma de decisiones o en la búsqueda de soluciones a problemas (Barret, Short, & Healy, 2002; Moore, Whaley, & Sigman, 2004; Rapee, 1997), así como la percepción de conflicto, poco apoyo y poca negociación al tomar decisiones (Stark, et al., 1990) son características de niños con problemas de ansiedad y depresión.

De manera similar, las madres de niños con problemas de ansiedad tienden a ser más sobreprotectoras con ellos en comparación con madres de niños sin este tipo de problemas (Messer & Beidel, 1994; Moore, Whaley, & Sigman, 2004), además de mostrar mayores conductas de control y rechazo hacia ellos (Lindhout, Markus, Borst, Hoogendijk, Dingemans, & Boer, 2009; Muris, Loxton, Neumann, du Plessis, King, & Ollendick, 2005; Dumas et al., 1995; Greco & Morris, 2002; Hudson & Rapee, 2001; Krohne & Hock, 1991; Leon & Leon, 1990; Messer & Beidel, 1994; Rapee, 1997; Siqueland, et al., 1996; Stark, et al., 1990; Whaley, 1999).

Factores asociados con la precipitación del TAG

En esta línea la investigación señala que altos niveles de rechazo y, en menor medida, una crianza ansiosa y sobreprotectora se asocian con altos niveles de preocupación en niños clínicamente ansiosos, característica principal de la ansiedad generalizada (Brown & Whiteside, 2007; Hale, Engels & Meeus, 2006).

A pesar de esto, algunos autores mencionan no haber encontrado relación entre la calidez emocional y sobreprotección y el desarrollo de problemas de ansiedad (Lindhout, Markus, Borst, Hoogendijk, Dingemans, & Boer, 2009).

El control excesivo (principalmente control psicológico) también se ha asociado con la presencia de preocupación en niños y más claramente con puntajes de ansiedad generalizada, el efecto también se asocia con alienación por parte de los padres (Hale, Engels & Meeus, 2006; Muris & Merckelbach, 1998; Rapee, 1997). El caso de la alienación parece presentarse en mujeres más que en hombres (Hale, Engels & Meeus, 2006).

Algunos autores mencionan que el abuso infantil, sexual o no, se asocian directamente con el diagnóstico de ansiedad generalizada (Lobby et al., 2005), sin embargo esta relación no resulta muy clara. Asimismo, la presencia de maltrato infantil antes de los once años de edad se ha asociado directamente con la presencia del diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (Moffit, et al., 2007).

Además de estos factores se han detectado otras variables relacionadas con la presencia del TAG entre las que se incluyen: la presencia de síntomas de ansiedad por parte de la madre, nivel socioeconómico bajo, sintomatología de ansiedad y problemas de conducta de los cinco a los once años de edad (Moffit, Caspi, Harrington, Milne, Melchior, Goldberg, & Poulton, 2007).

De acuerdo con la literatura de investigación, la mayoría de los estudios han intentado identificar los factores asociados con la aparición de problemas de ansiedad y depresión en general, pero pocos de ellos establecen esta asociación con la precipitación de cuadros tipificados, específicamente la ansiedad generalizada (TAG).

Los antecedentes hasta ahora acarrear algunas inconsistencias en los resultados y limitaciones metodológicas entre los que se incluyen: la poca descripción de las propiedades psicométricas de los instrumentos empleados (Lobby et al., 2005), la exclusión de alguno de los padres en las evaluaciones en algunos estudios, contradicciones entre algunos hallazgos, la falta de operacionalización de algunas variables como el "control" y la ausencia de grupos de comparación válidos.

Es necesario entonces, contar con mediciones más objetivas a partir de instrumentos que empleen componentes conductuales en términos de la frecuencia de estilos de interacción específicos como variables de estudio.

El propósito del presente estudio fue examinar la relación existente entre la interacción familiar específica y la presencia del trastorno de ansiedad generalizada en etapa adulta.

Método

Participantes

Participaron 62 personas: 31 pacientes con diagnóstico formal de Ansiedad Generalizada del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF), quienes conformaron el grupo "con TAG" y 31 participantes sin TAG reclutados aleatoriamente de población abierta conformando el grupo de comparación ("sin TAG"). El diagnóstico se emitió por psiquiatras capacitados dentro del INPRF a través de una entrevista estructurada de acuerdo a criterios del DSM-IV-TR. Todos los pacientes se encontraban en tratamiento farmacológico al inicio del estudio.

Los 31 participantes sin TAG fueron reclutados de diversos sitios de reunión pública de la zona sur de la Ciudad de México. Para asegurar que ninguno de los participantes del grupo de comparación cubriera los criterios necesarios para la emisión del diagnóstico de TAG se aplicó una entrevista estructurada a cada uno para diagnosticar trastornos del eje I (*WMH SCID 2000-1*) usando como guía los

criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Las características de los participantes que conformaron ambos grupos se describen detalladamente en la tabla 1.

Tabla 1.

Características demográficas de los pacientes por grupo

Grupo N=62	Género	Edad	Ocupación
TAG N=31	H= 11 M= 20	16-44 años Media = 37.03 DE= 13.71 Moda=18 y 54	Ama de casa: 8 (25.8%) Empleado: 7 (22.6%) Profesionista: 4 (12.9%) Autoempleado: 5 (16.1%) Estudiante: 7 (22.6%)
Sin TAG N=31	H= 11 M= 20	20-62 años Media = 34.23 DE= 10.75 Moda=26 y 29	Empleado: 16 (51.6%) Autoempleado: 1 (3.2%) Profesionista: 8 (25.8%) Estudiante: 6 (19.4%)

Grupo N=62	Estado Civil	Escolaridad
TAG N=31	Casado: 13 (41.9%) Soltero: 13 (41.9%) Divorciado: 2 (6.5%) Unión libre: 3 (9.7%)	Secundaria: 6 (19.4%) Preparatoria: 12 (38.7%) Carrera Técnica: 4 (12.9%) Licenciatura: 7 (22.6%) Maestría: 2 (6.5%)
Sin TAG N=31	Casado: 10 (32.3%) Soltero: 18 (58.1%) Unión libre: 3 (9.7%)	Primaria: 1 (3.2%) Secundaria: 5 (16.1%) Preparatoria: 8 (25.8%) Carrera Técnica: 4 (12.9%) Licenciatura: 8 (25.8%) Maestría: 2 (6.5%) Doctorado: 3 (9.7%)

Aparatos y materiales

Los instrumentos empleados incluyeron: 1. La entrevista estructurada para el diagnóstico de trastornos del eje I (*WMH SCID 2000-1*), 2. El cuestionario de preocupaciones de Pensilvania (PSWQ), con una validez convergente de $r = 0.69$, $p < .001$ (Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990) y validez interna de $\alpha = .823$ en México (Bernado, 2007; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990), 3. Inventario de ansiedad de Beck (BAI), (confiabilidad de $\alpha = .83$, $p < .001$ para población mexicana), (Robles, Varela, Jurado, y Páez, 2001), 4. Sección de Interacción Familiar del *Inventario de Salud, Estilos de vida y Comportamiento* (SEViC) con adecuada consistencia interna por otros estudios ($\alpha = 0.73$, $p < .001$ y $\alpha = 0.84$, $p < .001$) (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1993).

Los inventarios PSWQ y BAI se aplicaron para corroborar que las entrevistas iniciales a ambos grupos de participantes, y (en su caso) el diagnóstico emitido, se realizara adecuadamente.

Esquema de comparaciones

Se trató de un estudio retrospectivo *casos-control* con comparación entre dos grupos independientes.

Procedimiento

Se acudió inicialmente al módulo de psicofisiología aplicada dentro del área de servicios clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría

(INPRF). Se invitó a participar en el estudio a cada paciente, explicando el propósito del mismo. Al acceder se les entregó los tres cuestionarios (el SEViC, el PSWQ y el BAI) para ser contestados, resolviendo cualquier duda sobre su aplicación o el estudio. Se aclaró la naturaleza voluntaria de su participación y la ausencia de consecuencias negativas por rehusarse, así como la confidencialidad de los datos obtenidos.

Si algún participante presentaba problemas para leer o comprender alguno de los reactivos de cualquiera de los instrumentos se le asistía personalmente evitando inducir respuesta alguna. Si era necesario, el aplicador leía y explicaba cada reactivo y explicaba a qué se refería éste.

Después de la aplicación se seleccionaban únicamente aquéllos de pacientes cuyo diagnóstico principal fuera el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

El procedimiento para recolectar la información de los participantes del grupo de comparación fue esencialmente el mismo. Se aplicó la entrevista estructurada para asegurar que ninguno cubriera los criterios diagnósticos de TAG. Las entrevistas se realizaron por parte de psicólogos capacitados, cuidando que las condiciones de aplicación fueran cómodas y estables para todas las aplicaciones. En caso de que efectivamente no se cumpliera el diagnóstico, se procedía a la aplicación de los cuestionarios. Al final se les agradecía su participación y se les despedía amablemente.

Resultados

Inicialmente se aparearon ambos grupos (“con TAG” y “sin TAG”) respecto a las variables sociodemográficas (edad, género, ocupación, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico). Para el análisis de los resultados se consideró como criterio principal el nivel de medición de los instrumentos empleados.

Se compararon ambos grupos con respecto a los puntajes de ansiedad somática (BAI) y preocupaciones (PSWQ) a través de la prueba U de Mann-Whitney para corroborar que el procedimiento de asignación de los participantes al grupo “sin TAG” se realizara adecuadamente. Los resultados reflejaron, como se señala en la tabla 2, puntajes más altos en ambos instrumentos en el grupo “con TAG”.

Tabla 2.

Diferencias entre los grupos (“con TAG” y “sin TAG”) en los puntajes de ansiedad y preocupaciones

Inventario	Media de rangos		p
	TAG	Sin TAG	
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	36.22	13.31	<.001
Cuestionario de preocupaciones (PSWQ)	33.02	15.93	<.001

Se compararon ambos grupos en cuanto a la “relación con el padre” y “relación con la madre” empleando la prueba U de Mann-Whitney. La tabla 3 muestra los puntajes de cada área para ambos grupos, mostrando puntajes mayores en ambas áreas para el grupo “sin TAG”.

Tabla 3.

Diferencias entre ambos grupos (con TAG y sin TAG) en la “relación con el padre” y la “relación con la madre”

Área	Media de rangos				P
	TAG		Sin TAG		
	n	N	n	N	
1. Relación con el padre	24.83	30	35.34	29	.018
2. Relación con la madre	26.31	31	35.85	30	.035

Igualmente se analizaron las diferencias entre ambos grupos con respecto a los “factores de crianza vulnerante”, “relación con pares” y “prácticas protectoras de crianza” a través de la prueba U de Mann-Whitney.

Los resultados mostraron mayor presencia de factores de crianza vulnerante en el grupo con TAG (37.02) con respecto al grupo “sin TAG” (25.18), mientras que la interacción con pares y las prácticas protectoras de crianza mostraron puntajes mayores para el grupo con TAG en comparación con el grupo “sin TAG”. Estos resultados se muestran con detalle en la tabla 4.

Tabla 4.

Diferencias entre ambos grupos (“con TAG” y “sin TAG”) en cada área del SEViC

Área	Media de rangos				p
	TAG	n	Sin TAG	n	
1. Prácticas protectoras de crianza	22.26	29	36.74	29	.001
2. Factores de crianza Vulnerante	37.02	30	25.18	29	.009
3. Interacción con pares	37.98	31	25.02	31	.004

Los números en negrita señalan los puntajes de cada área para ambos grupos y los niveles de significancia asociados.

Los resultados sugieren mayor presencia de factores protectores en la infancia, menor presencia de factores vulnerantes y mayor calidad en la interacción con los pares en los participantes sin TAG con respecto a los pacientes diagnosticados con TAG.

El análisis de los reactivos que no correspondían a ninguno de los factores del instrumento mostró los siguientes resultados (tabla 5):

Tabla 5.

Diferencias entre los grupos (“con TAG” y “sin TAG”) en los reactivos evaluados por el SEViC

Reactivo.	Media de rangos				p
	TAG	n	Sin TAG	n	
Cuando mi padre me castigaba usaba castigo físico	35.10	30	24.72	29	.014
Cuando mi madre me castigaba usaba castigo físico	35.63	31	27.37	31	.061
Cuando era chico(a) alguien abusó sexualmente de mí	36.24	31	26.76	31	.008
Durante mi niñez o adolescencia temprana tuve experiencias emocionalmente fuertes o negativas que me angustiaron mucho	40.63	31	22.37	31	<.001

En la tabla se observan puntajes mayores en cada uno de los reactivos para el grupo “con TAG” con respecto al grupo “sin TAG” reflejando mayor presencia de estos en este grupo.

Se agruparon las experiencias emocionales más frecuentes para cada grupo. Los datos se muestran en la figura 1. A pesar de mostrar diferencias entre ambos grupos, éstas no resultaron estadísticamente significativas.

Posteriormente se analizó el reactivo “*todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable*” (a partir de las experiencias negativas pasadas) por medio de la prueba U de Mann-Whitney mostrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con puntajes mayores para el grupo “con TAG” (tabla 6).

Tabla 6.

Diferencias entre los grupos (“con TAG” y “sin TAG”) en cuanto a la sensación de miedo o angustia

Reactivo	Media de rangos		p
	TAG	Sin TAG	
Todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable	37.47	20.35	<.001

Conclusiones

El propósito del presente estudio fue explorar de qué manera se relaciona la calidad de la interacción familiar, valorada retrospectivamente, con el eventual desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Los resultados revelaron diferencias notorias en la calidad de la interacción establecida en la infancia y adolescencia temprana por participantes diagnosticados “con TAG” y “Sin TAG”. En general la calidad de interacción familiar fue mucho mejor en los no diagnosticados con TAG en contraste con la calidad de la interacción familiar de actuales pacientes con TAG, la cual resultó bastante deteriorada en todas las áreas evaluadas.

El presente estudio fortalece la línea de investigación al respecto de una asociación entre la calidad de la interacción familiar y el posterior desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). De acuerdo a la literatura de investigación, pocos estudios han abordado este campo de manera específica.

Discusión

En general, los individuos “Sin TAG” informaron mucha mejor relación con sus progenitores (padre y madre) que los pacientes con TAG. Específicamente, el grupo con ansiedad generalizada refirió menores muestras de interés en sus opiniones expresadas por cada padre, menor calidad y frecuencia de comunicación afable entre padres e hijos, mayor frecuencia de juicios o comparaciones negativas emitidas por el padre o la madre hacia ellos, mayor frecuencia e intensidad de instrucciones u órdenes en tono ofensivo o humillante dadas por sus padres sobre tareas domésticas o cotidianas y menor frecuencia de expresiones de cariño o afecto por parte de los padres hacia sus hijos.

Estos hallazgos concuerdan con los de otros estudios en cuanto a una relación relativamente clara entre la calidad de la interacción entre padres e hijos y la presencia de problemas de salud física y psicológica incluyendo la ansiedad y más específicamente la Ansiedad Generalizada (Barret, Short, & Healy, 2002; Brown & Whiteside, 2007; Greco & Morris, 2002; Hale, Engels & Meeus, 2006; Hudson & Rapee, 2001; Lindhout, Markus, Borst, Hoogendijk, Dingemans, & Boer, 2009; Moore, Whaley, & Sigman, 2004; Woodruff-Borden, Morrow, Bourland, & Cambron, 2002).

Respecto a factores protectores y de vulnerabilidad o “vulnerantes”, los primeros fueron más claros en el grupo “Sin TAG”. Esta diferencia se invierte en el caso de los factores vulnerantes, más frecuentes en el grupo con TAG. Además, este grupo informó menor reconocimiento al logro de metas, peor relación con sus hermanos, menos muestras de cariño entre los padres, peor comunicación con otros miembros de la familia, más conflictos entre los padres a veces con gritos, amenazas de separación o divorcio o incluso violencia física. Estos hallazgos concuerdan con los de otros estudios en cuanto a la existencia de una relación consistente entre eventos negativos y una

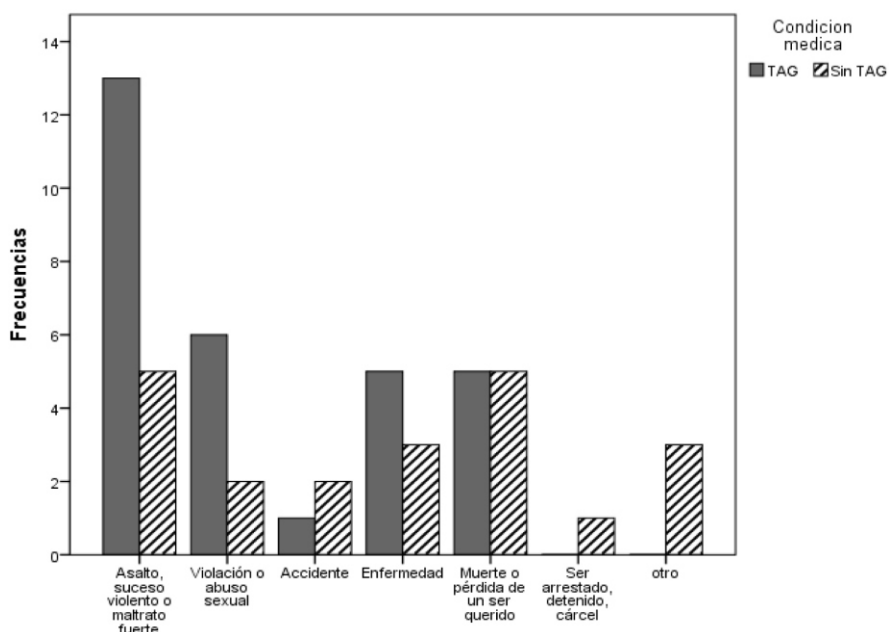


Figura 1. Experiencias negativas para cada grupo.

calidad de interacción deteriorada entre los miembros de la familia (Repetti et al., 2002).

Con respecto a la interacción con pares, los pacientes con TAG informaron haber tenido menos amigos cercanos cuando eran pequeños y en la actualidad, así como una notoria dificultad para establecer relaciones amistosas con otras personas en comparación con los participantes "Sin TAG".

La historia de castigo físico resultó más frecuente en el grupo con TAG. A pesar de que el análisis estadístico no mostró diferencias significativas sobre el castigo físico ejercido por la madre, la existencia de violencia y agresión en la familia fue más frecuente en el caso de los pacientes con ansiedad generalizada. Cabe señalar que la diferencia observada en la cantidad de castigo físico recibida del padre y la madre está probablemente enmarcada en un contexto cultura, sin embargo es necesario fortalecer este hallazgo a partir de investigaciones posteriores que consideren estas variables. (Rabinovich, 2008).

Los resultados relativos a la frecuencia del castigo físico recibido por los padres fortalecen los hallazgos de otros estudios en cuanto una fuerte relación entre las experiencias de abuso infantil y el desarrollo de problemas de ansiedad (Lobby et al., 2005; Moffit et al., 2007; Weich, Patterson, Shaw, & Stewart-Brown, 2009).

Los resultados del presente trabajo mostraron una historia de abuso sexual muy marcada dentro del grupo "con TAG" en comparación con el grupo "Sin TAG". Este hallazgo concuerda con la literatura de investigación en cuanto a la existencia de una relación consistente entre la historia de abuso sexual y el desarrollo posterior de problemas de ansiedad, específicamente con la precipitación del TAG (Heim et al., 2000; Kaufman, Plotsky, Nemeroff & Charney, 2000; Levitan, Rector, Sheldon & Goering, 2003; Lobby et al., 2005).

La frecuencia de eventos o experiencias emocionalmente negativas en general fue claramente mayor dentro del grupo con "TAG" sobre el grupo "Sin TAG". Esto, como en el caso del abuso sexual, implica una clara asociación entre la experiencia de situaciones muy estresantes en la infancia y la posterior precipitación de cuadros clínicos como la ansiedad generalizada. Esta asociación concuerda con la encontrada en otros estudios (Perry & Pollard, 1998; Phillips, Hammen, Brennan, Najman, & Bor, 2005; Spence, Najman, Bor, O'Callaghan, & Williams, 2000).

El análisis del reactivo "todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable" mostró valores totales mayores dentro del grupo con ansiedad generalizada, denotando una mayor dificultad para regular las emociones así como la activación fisiológica ante eventos estresantes. Este hallazgo parece sugerir una relación relativamente directa entre la capacidad para regular emociones y la eventual precipitación de problemas de ansiedad.

El presente estudio examinó la interacción no sólo con ambos padres de manera diferencial, sino la interacción entre ellos percibida por los hijos y la relación establecida en la niñez entre los hermanos.

La historia de la interacción con los pares es un aspecto que no se había evaluado antes en personas con y sin TAG, lo cual representa un hallazgo importante que deberá ampliarse en futuras investigaciones.

Quizá una limitación del presente estudio fue el número de participantes que conformaron cada grupo. De igual modo, este estudio podría adolecer de algunas limitaciones propias de los estudios retrospectivos. Se buscó limitar este probable sesgo con un instrumento que empleara componentes conductuales evaluados a partir de la frecuencia de su ocurrencia.

Aun así, la presencia de estudios prospectivos similares al de Moffit y sus colegas (2007) que evalúen diversos componentes dentro de la interacción entre los miembros de la familia a lo largo de periodos relativamente largos permitiría fortalecer los hallazgos aquí reportados.

Aun cuando los resultados son claros, este estudio no examinó la comorbilidad entre el TAG y otros diagnósticos. Sería interesante investigar si controlando esta variable la dirección de los hallazgos se mantiene, es decir, si la existencia de los mismos factores dentro de la crianza se asocia con la presencia de TAG "puro". Esto, si bien interesante, sería un tanto difícil ya que, como han señalado varios estudios, la presencia de TAG puro es mucho menos frecuente en comparación con la prevalencia de TAG con otros problemas psicológicos entre los cuales destaca la depresión (Brown & Barlow, 1992; Bruce et al., 2001; Carter et al., 2001; Grant et al., 2005; Hunt et al., 2002; Wittchen et al., 1994).

Los hallazgos del presente estudio aportan información adicional al respecto de una posible asociación entre la calidad de la interacción familiar en etapas tempranas de la vida y la presencia del trastorno de ansiedad generalizada.

A pesar de que estos hallazgos concuerdan con la literatura de investigación, resulta de gran importancia realizar estudios metodológicamente sólidos que continúen fortaleciendo esta línea.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text revision Washington, D. C.
- Anderson, D. J., Noyes R., & Crowe R. (1984). A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 141(4), 572-575.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall : Englewood Cliffs, NJ.
- Barlow, D. H. (2002). Origins of apprehension, anxiety disorders, and related disorders. En D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 252-291). New York: Guilford Press.
- Barrett, P., Shortt, A., & Healy, L. (2002). Do parent and child behaviors differentiate families whose children have obsessive compulsive disorder from other clinic and non-clinic families? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 597-607.
- Bernardo, G. (2007). Validación de dos escalas de preocupación en adultos de la Ciudad de México (tesis de licenciatura), Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Brown, A. M. & Whiteside, S. P. (2007). Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. *Anxiety disorders*, 22, 263-272.
- Brown, T. A., & Barlow D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 60, 835-844.
- Bruce, S. E., Machan J. T., Dyck I., & Keller M.B. (2001). Infrequency of "pure" GAD: Impact of psychiatric comorbidity on clinical course. *Depression & Anxiety*, 14, 219-225.
- Caraveo-Anduaga, J. J., Colmenares B. E., & Saldívar H. G. (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*, 22, 62-67. (Número Especial).
- Carter R. M., Wittchen H. U., Pfister H., & Kessler R. C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression & Anxiety*, 13, 78-88.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L., & Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behavior Research and Therapy*, 27, 397-402.

- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rheaume, J., Provencher, M., & Boisvert, J. M. (1998). Worry themes in primary GAD, secondary GAD, and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 253-261.
- Dumas, J. E., LaFreniere, P. J., & Serketic, W. J. (1995). "Balance of power": A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 104-113.
- Field, A. P. (2006). Is conditioning a useful framework for understanding the development and treatment of phobias? *Clinical Psychology Review*, 26, 857-875.
- Fisak, B., Grills-Tauchel, & A. E. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: risk factors in the development of child anxiety? *Clinical Child and Family Psychology*, 10, 213-231.
- Grant, B., Hasin D. S., Stinson F. S., Dawson D. A., Ruan W. J., Goldstein R. B., Smith S. M., Saha T., & Huang B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35, 1747-1759.
- Greco, L. A., & Morris, T. L. (2002). Paternal child-rearing style and child social anxiety: Investigation of child perceptions and actual father behavior. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 259-267.
- Grych, J. H., & Fincham, F. D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108, 267-290.
- Hale, W., Engels, R. & Meeus, W. (2006). Adolescent's perceptions of parenting behaviours and its relationship to adolescent Generalized Anxiety Disorder symptoms. *Journal of adolescence*, 29, 407-417.
- Heim, C., Newport D. J., Heit S., Graham Y. P., Wilcox M., Bonsall, R., Miller A. H., & Nemeroff C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, 284(5), 592-597.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 158: 1568-1578.
- Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: an observational study. *Behavior research and therapy*, 39, 1411-1427.
- Hunt, C., Issakidis, C., & Andrews G. (2002). DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 32, 649-659.
- Hunt, C., Slade, T. & Andrews G. (2004). Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder comorbidity in the National Survey of Mental Health and Well-being. *Depression & Anxiety*, 20, 23-31.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2005). Censo nacional de población y vivienda. Recuperado de www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2005/default.aspx, México.
- Jurado, S. (2002). Génesis, sintomatología y tratamiento del trastorno de pánico en población del D.F. (tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Kaslow, M. H., Deering, C. G., & Racusia, G. R. (1994). Depressed children and their families. *Clinical Psychological Review*, 14, 39-59.
- Kaufman, J., Plotsky, P. M., Nemeroff, C. B., & Charney, D. S. (2000). Effects of early adverse experiences on brain structure and function: Clinical implications. *Society of Biological Psychiatry*, 48, 778-790.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. & Eaves, L. J. (1992). Major depression and generalized anxiety disorder: same genes, (partly) different environments?. *Archives of general psychiatry*, 49, 716-722.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Dewit, D. J., Ustun, T. B., Wang, P. S. & Wittchen, H. U. (2002). Distinguishing generalized anxiety disorder from major depression: prevalence and impairment from current pure and co-morbid disorders in the U. S. and Ontario. *International journal of methods in psychiatric research*, 11, 99-111.
- King, N. J., Eleonora, G., & Ollendick, T. H. (1998). Etiology of childhood phobias: current status of Rachman's three pathways theory. *Behavior Research and Therapy*, 36, 297-309.
- Krohne, H. W., & Hock, M. (1991). Relationships between restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. *Anxiety research*, 4, 109-124.
- Leon, C. A. & Leon, A. (1990). Panic disorder and parental bonding. *Psychiatric Annals*, 20, 503-508.
- Leviton, R., Rector, N. A., Sheldon, T., & Goering, P. (2003). Childhood adversities associated with major depression and/or anxiety disorders in a community sample of Ontario: issues of co-morbidity and specificity. *Depression and Anxiety*, 17, 34-42.
- Lindhout, I. E., Markus, M., Borst, S. R., Hoogendijk, T. H. G., Dingemans, P. M., & Boer, F. (2009). Childrearing style in families of anxiety-disordered children: between-family and within-family differences. *Child psychiatry & human development*, 40(2), 197-121.
- Lobby, A., Orton, H., Novins, D., Beals, S., & the AI-SUPERFP team. (2005). Childhood physical and sexual abuse and subsequent depressive and anxiety disorders for two American Indian tribes. *Psychological medicine*, 35, 329-340.
- McLean, P. D. & Woody, S. R. (2001). Generalized Anxiety Disorder. En P. D., McLean & S. R., Woody (Eds.). *Anxiety Disorders in Adults*. (pp. 242-266). New York, Oxford University Press.
- Medina-Mora, M. E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., Fleiz C., Villatoro J., Rojas E., & Zambrano J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological medicine*, 35, 1773-1783.
- Messer, S. C., & Beidel, D. C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 975-983.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R., L. & Borkovec, T., D. (1990). Development and validation of the Penn state worry questionnaire. *Behavior, research and therapy*, 28(6), 487-495.
- Mineka, S. & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders : it's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61, 10-26.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B. J., Melchior, M., Goldberg, D. & Poulton R. (2007). Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychological medicine*, 37, 441-452.
- Moore, P. S., Whaley, S. E., & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(3), 471-476.
- Muris, P., Loxton, H., Neumann, A., du Plessis, M., King, N. & Ollendick, T. (2005). DSM-defined anxiety disorders symptoms in South African youths: Their assessment and relationship with perceived parental rearing behaviors. *Behavior, Research and Therapy*, 44, 883-89.

- Muris, P. & Merckelbach, H. (1998). Perceived parental rearing behavior and anxiety disorders symptoms in normal children. *Personality and Individual Differences*, 25, 1199–1206.
- Muris, P., Merckelbach, H., Jong, P. J., & Ollendick, T. H. (2002). The etiology of specific fears and phobias in children: a critique of the non-associative account. *Behavior, Research and Therapy*, 40, 185–195.
- Perry, B. D., & Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. *Stress in Children*, 7, 33–51.
- Phillips, N. K., Hammen, C. L., Brennan, P. A., Najman, J. M., & Bor, W. (2005). Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. *Journal of abnormal child Psychology*, 33(1), 13–24.
- Rabinovich, E. P. (2008). Commentary: How far is Brazil from Africa? *Culture & Psychology*, 14(1), 145–152.
- Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, 11, 419–440.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47–67.
- Reid, R. J., & Crisafulli, A. (1990). Marital discord and child behavior problems: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 105–117.
- Repetti, R. L., Taylor, E. S. & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological bulletin*, 128(2), 330–366.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211–218.
- Sánchez-Sosa, J. J. & Hernández, G. L. (1993). Inventario de Salud Estilos de Vida y Comportamiento. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez-Sosa, J.J., Jurado, C.S. y Hernández, G. L. (1992). Episodios agudos de angustia severa en adolescentes: Análisis etiológico de predictores en la crianza y la interacción familiar. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(2) 101–116.
- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 225–237.
- Spence, S. H., Najman, J. M., Bor, W., O'Callaghan, M. O., & Williams, G. M. (2000). Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 43(4), 457–469.
- Stark, K. D., Humphrey, L. L., Crook, K., & Lewis, K. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: Child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 527–547.
- Stein M. B., & Heimberg R. G. (2002). Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: comparison to major depressive disorder in a community sample. *Journal of affective disorders*, 79, 161–166.
- Suveg, C., Zeman, J., Flannery-Schroeder, E., & Cassano, M. (2005). Emotion socialization in families of children with an anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 145–155.
- Wagner, B. M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 246–298.
- Weich, S., Patterson, J., Shaw, R. & Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *The british journal of psychiatry*, 194, 392–398.
- Whaley, S. E., Pinto, A., Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826–836.
- Wittchen, H. U. (2002). Generalized Anxiety Disorder: prevalence, burden and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16, 162–171.
- Wittchen, H. U., Carter, R. M., Pfister, H., Montgomery, S. A., & Kessler, R. C. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology*, 15, 319–328.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological medicine*, 28, 109–126.
- Wittchen, H. U., Zhao S., Kessler R. C., & Eaton W. W. (1994). DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 355–364.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 364–374.