

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL EN ADOLESCENTES VARONES DEL COLEGIO SALESIANO DE BREÑA

PREVALENCY OF SYMPTOMS OF SOCIAL PHOBIA IN ADOLESCENTS MAN OF THE SALESIANO SCHOOL OF BREÑA

L. LINDO¹, J. VEGA², M. LINDO³ y J. CORTÉS⁴

RESUMEN

Objetivos. Determinar la prevalencia de síntomas de fobia social en adolescentes varones del Colegio Salesiano de Breña (Lima-Perú).

Método. Fueron evaluados 648 estudiantes mediante el Inventario de Fobia Social de Davidson (SPIN) y la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). Además se registraron datos generales de los alumnos y sus calificaciones en cada uno de los cursos.

Resultados. 40.5% de los estudiantes fueron catalogados con probabilidad de trastorno de ansiedad social según el SPIN. De acuerdo a la clasificación de la LSAS, 77.4% correspondían a fobia social ausente o leve; 20.5%, a fobia social moderada; y 2.1%, a fobia social severa. Un 20.1 % de los alumnos tenían un concepto válido de fobia social. La ansiedad social es más frecuente a los 11 ó 12 años según la clasificación de la LSAS. Los niveles de fobia social correlacionaron negativamente con las notas de geografía ($p=0.016$), religión ($p=0.010$), matemática ($p=0.037$), arte ($p=0.025$) y ciencias naturales ($p=0.028$). Los principales síntomas fueron: miedo a hacer el ridículo o parecer estúpido (26.9%), evitar hablar con desconocidos (24.1%), evitar dar discursos (21.7%), ruborizarse delante de la gente (16.5%), hacer cualquier cosa para evitar ser criticado (16.2%) y miedo a ser criticado (15.8%). La edad promedio de inicio de fobia social fue 10.5 años.

Conclusión. Se encontró una alta prevalencia de ansiedad social (40.5% de acuerdo al SPIN y 22.6% según la LSAS) en adolescentes varones del Colegio Salesiano de Breña.

PALABRAS-CLAVE: Ansiedad social, adolescentes, colegios.

ABSTRACT

Objectives. To determine the prevalence of social phobia symptoms in male adolescents of the Salesiano School of Breña.

Methods. 648 students were assessed by means of the Social Phobia Inventory (SPIN), and the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS). In addition, the average grades and general data of the students were registered.

¹ Médico. Universidad Peruana Cayetano Heredia. E-mail: luisenriqueig@hotmail.com

² Médico-Psiquiatra. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

³ Médico. Universidad Nacional Federico Villarreal.

⁴ Médico. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Results. 40.5% of the students were catalogued with probable social anxiety according to the SPIN. According to the classification of the LSAS, 77.4% corresponded to mild or absent social phobia; 20.5%, to moderate social phobia; and 2.1%, to severe social phobia. 20.1 % of the students had a valid concept of social phobia. The social anxiety according to classification of LSAS is more frequent among subjects of 11 or 12 years of age. Social phobia levels correlated negatively with geography ($p=0.016$), religion ($p=0.010$), mathematics ($p=0.037$), art ($p=0.025$) and natural sciences ($p=0.028$) grades. The main symptoms were: fear to embarrassment (26.9%), to avoid talking to strangers (24.1%), to avoid speeches (21.7%), to blush in front of people (16.5%), to do anything to avoid criticism (16.2%) and fear to criticism (15.8%). The mean age of beginning of social phobia was 10.5 years.

Conclusions. High prevalence of social anxiety (40.5% according to SPIN and 22.6% according to LSAS) was found in male adolescents of the Salesiano School of Breña.

KEY WORDS: Social anxiety, adolescents, schools.

INTRODUCCIÓN

La fobia social es un miedo persistente e irracional a interacciones sociales que genera un deseo de evitar estas situaciones.¹

Debido a recientes revisiones en los sistemas de clasificación (CIE-11 y DSM-IV-R), actualmente se maneja el concepto denominado trastorno de ansiedad social (antes fobia social), que lo definen como una preocupación excesiva acerca del escrutinio por otras personas en situaciones en las que el individuo cree que hará algo que puede ser embarazoso o humillante o mostrar signos de ansiedad, lo que lleva a conductas de evitación de dichas situaciones o soportarlas con estrés.²

Son tres los principales neurotransmisores asociados a la ansiedad social: la dopamina, la serotonina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA).³ Los dos primeros son excitatorios, mientras que el último inhibe la neurotransmisión cerebral.

Estudios de gemelos y familias mostraron sustanciales contribuciones de la genética y del medio ambiente en el desorden de ansiedad social.⁴ Los estudios en niños pequeños (de 21 a 31 meses) expuestos a nuevos estímulos han sugerido que la inhibición del

comportamiento junto con la reactividad autonómica, caracterizan a un temperamento que predice el desarrollo de la ansiedad social en la adolescencia.⁵

El trastorno de ansiedad social tiene una prevalencia elevada. En un estudio de población general realizado en EUA por Kessler y col. (1994) se halló que la fobia social era el tercer trastorno mental en prevalencia después de la depresión mayor y la dependencia alcohólica.⁶

En el estudio de Kessler y col., la prevalencia anual resultó 8% y la prevalencia de vida 13%,⁶ similar a la hallada en el Ontario Health Survey-Mental Health Supplement, con criterios DSM-III-R en el que la prevalencia anual resultó 7%.⁷ Por otro lado, en Alemania, Wittchen et al. encontraron una prevalencia de 3.5%.⁸

Los estudios concuerdan en que los porcentajes de fobia social son levemente más elevados en mujeres que en varones en una relación de 3:2, lo cual se evidencia en los estudios de la ECA (Epidemiologic Catchment Area)⁹ y el NCS (National Comorbidity Survey).¹⁰ El trastorno de ansiedad social típicamente se inicia entre las edades de 13 y 20 años, aunque los niños pequeños también pueden desarrollarlo.³

Más recientemente, en un estudio sobre trastornos psiquiátricos en adultos jóvenes, la tasa de prevalencia de fobia simple y desorden ansiedad social fue 23%; concluyéndose que el trastorno de ansiedad social es más común entre los jóvenes.¹¹

El trastorno de ansiedad social es un desorden mental común aunque es uno de los menos investigados y con frecuencia mal entendido.¹² Puede causar dificultades considerables en situaciones sociales diarias de los pacientes, ya sea en el trabajo, estudios y relaciones interpersonales.¹⁰ Muchos pacientes con ansiedad social pueden ser solteros o separados, y también presentar un nivel educativo y un estatus socioeconómico bajos.⁹

El desorden de ansiedad social ha ganado reconocimiento como una condición común, deteriorante y tratable, y se le ha prestado más atención mejorando la detección de casos serios en la comunidad. De esta forma la identificación temprana de individuos sintomáticos permitiría prevenir la disfunción a largo plazo y las complicaciones.¹³

El propósito de este estudio es determinar la prevalencia y severidad de la ansiedad social en adolescentes varones de un colegio; y también estudiar si existe relación entre la fobia social y el rendimiento académico, la edad o la procedencia.

MÉTODOS

Diseño. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y correlacional en una población de adolescentes varones del Colegio Salesiano de Breña en noviembre del 2004.

Sujetos. Se incluyeron 648 adolescentes varones del Colegio Salesiano de Breña, en Lima-Perú, cuyas edades estaban entre 11 y 18 años. Los estudiantes que faltaron a

clases el día de la captación de datos fueron excluidos.

Instrumentos. Se aplicó el Social Phobia Inventory (SPIN), la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) y un cuestionario complementario. Además se llenó un registro de notas de cada alumno.

Connor et al.¹⁴ analizan la validez psicométrica del SPIN concluyendo que es un instrumento válido para medir la gravedad de la sintomatología de los casos de fobia social, es sensible a la reducción de síntomas a lo largo del tiempo, discrimina bien entre tratamientos de diferente eficacia y, con un punto de corte de 19, se puede utilizar como método de tamizaje de la fobia social en población general. En el test-retest, obtienen un coeficiente de correlación de Spearman de 0.89 ($p < 0.0001$) en uno de los grupos analizados y de 0.78 ($p < 0.0001$) en otro.

La LSAS es una de las escalas más citadas en la literatura en ensayos clínicos en pacientes con diagnóstico de fobia social. Proporciona una aproximación adecuada de la gravedad de la sintomatología y es sensible al cambio producido por el tratamiento. Los puntos de corte propuestos por algunos autores para la puntuación total son: menor o igual a 51: fobia social leve; de 52 a 81: fobia social moderada; y mayor o igual a 82: fobia social grave. El estudio de Bobes y col. mostró un adecuado poder discriminante entre pacientes con fobia social y sujetos sanos, y entre grupos de pacientes con diferente severidad del trastorno. En este estudio se calculó el área bajo la curva ROC para clasificar correctamente a los individuos sanos y enfermos, resultando un valor de 0.95, lo que nos indica que es un buen instrumento de discriminación entre sanos y enfermos.¹⁵

Se preguntó al alumno sobre la idea que tenía de "fobia social". Para considerar válido el concepto de fobia social mencionado por

el alumno, su respuesta debía referirse a un miedo a una o más situaciones sociales en las cuales la persona se expone a autoridades, desconocidos y/o a un público.

Análisis de datos. Los datos se almacenaron en un archivo de Microsoft Excel y se analizaron con el programa SPSS 10. Para buscar correlación entre 2 variables cuantitativas se usaron los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Para ver si habían diferencias entre los valores de variables numéricas según alguna variable categórica se empleó ANOVA y la prueba T de Student.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observan las características de la población estudiada. Los distritos de

mayor procedencia fueron en Breña (15.7%), Cercado de Lima (11.6%), San Martín de Porres (9.6%), Pueblo Libre (8.6%) y Jesús María (7.1%). El lugar de nacimiento fue en la mayoría de casos Lima (92%). Las edades fluctuaron entre los 11 y 17 años, siendo la edad promedio 14.24 con una desviación estándar (DE)=1.5. Los años de vida en Lima oscilaron entre 1 y 17, con una media de 13.72 años (DE=2.5).

En la tabla 2 se aprecia que la ansiedad social es más frecuente a los 11 ó 12 años según la clasificación de la LSAS, siendo a los 13 años la mayor prevalencia de fobia social severa. Asimismo, con el SPIN, a los 11 años es más prevalente la ansiedad social.

En la tabla 3, se observa que 40.5% de los alumnos fueron catalogados con proba-

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS ALUMNOS DEL COLEGIO SALESIANO DE BREÑA

Características	Valores	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Lugar de procedencia:		
Breña	102	15.7%
Cercado de Lima	75	11.6%
San Martín de Porres	62	9.6%
Pueblo Libre	53	8.2%
Jesús María	46	7.1%
La Victoria	33	5.1%
Los Olivos	30	4.6%
San Juan de Lurigancho	27	4.2%
San Miguel	23	3.5%
Rímac	22	3.4%
Callao	22	3.4%
Lince	17	2.6%
San Borja	14	2.2%
La Molina	14	2.2%
Comas	11	1.7%
Magdalena	9	1.4%
San Isidro	8	1.2%
Surco	7	1.1%
El Agustino	7	1.1%
Otros	28	4.3%
Lugar de Nacimiento		
Lima	596	92%
Otros	52	8%
Vive con:		
Padre	559	88.3%
Madre	615	97.2%
Hermanos	533	84.2%
Otros	220	34.8%

TABLA 2
RELACIÓN ENTRE EDAD DEL ALUMNO Y LA CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD SOCIAL SEGÚN LSAS Y SPIN

Edad	Según la clasificación de LSAS			Según la clasificación de SPIN
	Fobia social ausente o leve (%)	Fobia social moderada (%)	Fobia social severa (%)	Fobia social probable (%)
11	66.7	33.3	1.8	75.0
12	67.9	30.4	2.9	43.8
13	79.4	17.6	9.0	40.5
14	81.2	17.9	0.9	36.2
15	79.0	19.8	1.2	47.3
16	73.6	22.3	4.1	39.2
17	81.5	18.5	0.0	34.4
Total (%)	77.1	20.7	2.2	40.6

TABLA 3
PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD SOCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DEL SPIN O LA LSAS Y CONOCIMIENTO ADECUADO DE FOBIA SOCIAL

	Frecuencia	Porcentaje Válido
Según SPIN		
Fobia social improbable	357	59.5
Fobia social probable	243	40.5
Total	600	100
Información incompleta	48	
Total general	648	
Según LSAS		
Fobia social ausente o leve	397	77.4
Fobia social moderada	105	20.5
Fobia social severa	11	2.1
Total	513	100
Información incompleta	135	
Total general	648	
Conocimiento de Fobia Social		
Respuesta correcta	129	20.1
Respuesta incorrecta	235	36.5
No responde	279	43.4
Total	643	100

bilidad de trastorno de ansiedad social según el SPIN. De acuerdo a la clasificación de la LSAS, 77.4% tenía fobia social ausente o leve; 20.5%, fobia social moderada; y 2.1%, fobia social severa. Además, un 20.1 % de los alumnos tenían un concepto válido de fobia social.

En la tabla 4 se señala la correlación entre fobia social y el rendimiento académico,

encontrándose que hubo correlación de Pearson negativa estadísticamente significativa entre los puntajes del SPIN y los cursos de geografía y ciencias naturales. Mientras que con el coeficiente de Spearman sólo fue estadísticamente significativa la correlación entre el SPIN y el curso de geografía. También se muestra la correlación negativa entre fobia social medida por la LSAS y el rendimiento académico según la correlación de Pearson,

encontrándose significancia estadística para los cursos de geografía, ciencias naturales, matemática, arte y religión. Mientras que la correlación de Spearman fue estadísticamente significativa para los cursos de geografía, religión, matemática y ciencias naturales.

En la tabla 5 observamos que existe una alta correlación entre el SPIN y la LSAS.

En la tabla 6 podemos ver que los ítems del SPIN presentes con mayor frecuencia fueron: “entre mis mayores miedos están hacer el

TABLA 4
CORRELACIÓN DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO CON LOS NIVELES DE FOBIA SOCIAL
SEGÚN EL SPIN Y LA LSAS

Cursos	SPIN				LSAS			
	R	p	Rho	p	R	p	Rho	p
Geografía	-0.156	0.003	-0.117	0.027	-0.137	0.016	-0.145	0.010
Religión	-0.064	0.116	-0.041	0.315	-0.114	0.010	-0.103	0.020
Matemática	-0.023	0.570	-0.004	0.924	-0.092	0.037	-0.094	0.033
Arte	-0.031	0.444	0.001	0.982	-0.099	0.025	-0.078	0.076
Ciencias Naturales	-0.129	0.04	-0.090	0.151	-0.153	0.028	-0.143	0.040

R= coeficiente de correlación de Pearson

Rho= coeficiente de correlación de Spearman

TABLA 5
CORRELACIÓN DEL SPIN CON LA LSAS SEGÚN COEFICIENTES DE PEARSON Y DE SPEARMAN

Escala	LSAS total	LSAS ansiedad	LSAS evitación
SPIN Coeficiente de Pearson (R) p	0.761 <0.001	0.765 <0.001	0.664 <0.001
SPIN Coeficiente de Spearman (Rho) p	0.781 <0.001	0.785 <0.001	0.704 <0.001

ridículo o parecer estúpido” (26.9%), “evito hablar con desconocidos” (24.1%), “evito dar discursos” (21.7%), “me molesta ruborizarme delante de la gente” (16.5%), “haría cualquier cosa para evitar ser criticado” (16.2%), “me da miedo ser criticado” (15.8%) y “por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente” (11.3%). Hemos considerado presente el ítem si el sujeto ha marcado “mucho” o “extremo” en dicho ítem.

En el gráfico 1 se muestra la distribución de frecuencias de las edades de inicio de fobia social.

En la tabla 7 se observa que hay diferencias significativas en los puntajes de la LSAS entre los distintos distritos, siendo los alumnos provenientes de los distritos de Barranco, Santa Anita y San Juan Miraflores (SJM), los que tienen mayores puntajes de fobia social según el SPIN.

TABLA 6

SÍNTOMAS SEGÚN EL SPIN: PUNTAJE PROMEDIO CON SU RESPECTIVA DESVIACIÓN ESTÁNDAR Y PORCENTAJE QUE PRESENTA EL SÍNTOMA EN GRADO IMPORTANTE

Síntomas del SPIN	Promedio	Desviación Estándar	Porcentaje de síntomas.
Entre mis mayores miedos están hacer el ridículo o parecer estúpido	1.60	1.26	26.9%
Evito hablar con desconocidos	1.65	1.15	24.1%
Evito dar discursos	1.44	1.23	21.7%
Me molesta ruborizarme delante de la gente	1.36	1.09	16.5%
Haría cualquier cosa para evitar ser criticado	1.14	1.19	16.2%
Me da mucho miedo ser criticado	1.30	1.11	15.8%
Por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente	1.08	1.05	11.3%
Temo hacer las cosas cuando la gente puede estar mirándome	1.05	1.03	9.4%
Evito ir a fiestas	.70	1.02	8.2%
Evito actividades en el que soy el centro de atención	.86	1.01	8.1%
Hablar con extraños me atemoriza	.89	.95	7.2%
Me da miedo las palpitaciones cuando estoy con gente	.60	.86	4.4%
Temblar o presentar sacudidas delante de otros me estresa	.59	.88	4.2%
Evito hablar con cualquiera que tenga autoridad	.63	.87	4%
Tengo miedo a las personas con autoridad	.84	.80	3.3%
Sudar en público me produce estrés	.47	.81	2.8%
Las fiestas y acontecimientos sociales me dan miedo	.51	.79	2.5%

GRÁFICO 1

EDAD DE INICIO DE SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL

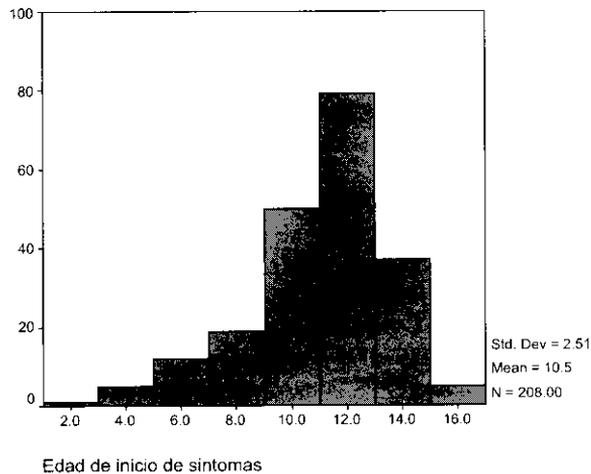


TABLA 7

NIVELES DE ANSIEDAD SOCIAL MEDIDOS CON SPIN Y LSAS DE ACUERDO AL DISTRITO DE PROCEDENCIA

Distrito	SPIN		LSAS	
	Promedio	DE	Promedio	DE
Barranco	32.00	0.0	60.00	0.00
Santa Anita	26.25	10.81	44.66	36.07
SJM	24	10.15	36.00	12.73
Ate Vitarte	19.5	13.7	34.67	33.38
La Molina	21.69	12.15	53.15	22.04
El Agustino	21.57	10.98	28.33	6.6
Surquillo	21	0.0	30.0	0.0
Independencia	20.0	6.08	64.5	7.7
La Victoria	18.96	8.9	46.72	22.73
San Luis	18.5	3.53	46.5	12.02
SMP	18.29	9.8	38.06	21.35
Comas	17.66	6.18	35.75	14.24
Breña	17.64	9.6	35.95	19.04
San Isidro	17.5	15.42	34.83	32.95
San Borja	16.18	6.92	30.09	16.35
San Miguel	16.09	8.56	27.89	18.20
Rimac	16.09	11.71	30.44	21.88
Pueblo Libre	15.93	9.8	33.10	20.37
SJL	15.64	9.8	33.85	16.70
Cercado	15.26	8.8	31.57	16.59
Callao	15.00	7.40	28.63	16.14
Surco	15.14	7.28	34.85	18.14
Los Olivos	14.72	8.69	31.73	21.64
Jesús María	14.48	7.91	33.53	16.14
Magdalena	14.44	10.08	49.0	34.91
Lince	14.23	8.65	45.78	30.21
Miraflores	14.00	9.08	31.2	24.18
Puente Piedra	10.00	0.0	33.0	0.0
Chorrillos	9.0	5.65	23.0	3.46
ANOVA				
	F	Sig		
SPIN * Distrito	1.036	0.415		
LSAS * Distrito	1.539	0.038		
PRUEBA-T para igualdad de medias				
Distritos	SPIN	LSAS		
	p	p		
La Victoria > Cercado	0.058	0.003		
La Victoria > Pueblo Libre	0.173	0.009		
La Victoria > Jesús María	0.26	0.008		
La Victoria > Breña	0.50	0.15		
La Victoria > SMP	0.75	0.10		
SMP > Pueblo Libre	0.22	0.93		
SMP > Jesús María	0.04	0.25		
SMP > Cercado	0.74	0.27		
SMP > Breña	0.69	0.56		
Breña > Pueblo Libre	0.31	0.43		
Breña > Jesús María	0.058	0.50		
Breña > Cercado	0.10	0.15		

En la tabla 8 podemos observar que los items del SPIN que mayor relación tienen con los niveles de ansiedad social son: “temo hacer las cosas cuando la gente puede estar mirándome”, “por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente”, “entre mis mayores miedos están hacer el ridículo o parecer estúpido”, “me da mucho miedo

ser criticado” y “haría cualquier cosa para evitar ser criticado”.

DISCUSIÓN

La fobia social probable fue altamente frecuente con una prevalencia estimada en base al SPIN de 40.5% en los adolescentes

TABLA 8
CORRELACIÓN ENTRE CADA ITEM DE FOBIA SOCIAL DEL SPIN Y LOS NIVELES
TOTALES DE ANSIEDAD SOCIAL

Síntomas del SPIN	Correlación Item-Total del SPIN Análisis para el ALFA de Cronbach	Correlación de Spearman con el SPIN total	Correlación de Spearman con el LSAS total
		Rho*	Rho*
Entre mis mayores miedos están hacer el ridículo o parecer estúpido	0.596	0.667	0.486
Evito hablar con desconocidos	0.342	0.450	0.385
Evito dar discursos	0.447	0.538	0.450
Me molesta ruborizarme delante de la gente	0.423	0.519	0.408
Haría cualquier cosa para evitar ser criticado	0.544	0.611	0.473
Me da mucho miedo ser criticado	0.557	0.619	0.465
Por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente	0.598	0.654	0.508
Temo hacer las cosas cuando la gente puede estar mirándome	0.653	0.683	0.563
Evito ir a fiestas	0.329	0.389	0.303
Evito actividades en las que soy el centro de atención.	0.490	0.519	0.432
Hablar con extraños me atemoriza	0.395	0.476	0.366
Me da miedo las palpitaciones cuando estoy con gente	0.457	0.505	0.406
Temblar o presentar sacudidas delante de otros me estresa	0.458	0.497	0.385
Evito hablar con cualquiera que tenga autoridad	0.517	0.523	0.394
Tengo miedo a las personas con autoridad	0.444	0.504	0.393
Sudar en público me produce estrés	0.320	0.375	0.244
Las fiestas y acontecimientos sociales me dan miedo	0.422	0.476	0.398

* $p < 0.001$ en todos los casos.

varones del Colegio Salesiano de Breña. Este resultado es sustancialmente más alto que la prevalencia en anteriores estudios.^{2,6-8}

Se ha apreciado que las cifras varían según se tenga en cuenta o no la evitación, intensidad e interferencia. En el 2002 se han presentado los datos del ESEMeD (European Study of Epidemiology of Mental Disorders), estudio epidemiológico que se lleva a cabo en seis países europeos y la prevalencia obtenida ha sido entre el 2 y 4%.¹⁶

Un estudio realizado en Suecia en 1999,¹⁷ muestra una prevalencia más alta que los estudios ya señalados, siendo de 15.6%, y comparada con estudios en EEUU suele también ser más alta. Aunque esta discrepancia podría ser un artefacto metodológico, es también concebible que existe una diferencia cultural verdadera, relacionada posiblemente con las desemejanzas en la valoración y la aceptación del comportamiento social reservado en las dos sociedades.

El hecho de que el rango de la prevalencia varía entre 1.9 y 20.4% a través de diversos instrumentos de diagnóstico sugiere que variaciones metodológicas aparentemente pequeñas pueden influir dramáticamente en las estimaciones. Similares hallazgos fueron previamente reportados por diversos investigadores. Por ejemplo, Pollard y Henderson¹⁸ notaron que la prevalencia de punto de fobia social varía entre 2 y 22.6%. Stein et al.¹⁹ reportaron que el porcentaje de síndrome de ansiedad social en una comunidad de Canadá varió desde 1.9 hasta 18.7. En el 2000, Faravelli y cols. realizaron un estudio epidemiológico en una comunidad de Italia (Sesto Fiorentino) cuya población de estudio fue de 2500 sujetos, en los cuales se obtuvo una prevalencia de 3.1%.²⁰

Pakriev y col. en el 2000²¹ estudiaron una muestra de 855 adultos de una zona rural encontrando una prevalencia de 45.6% basán-

dose en los criterios diagnósticos de la CIE 10, esta prevalencia es similar a la obtenida en nuestro trabajo con el SPIN, 31 veces más alta que la hallada por Dagonda y Angst,²² 16 veces más que la de Schneier y col.⁹ y más de 3 veces que la del NCS⁶ y la del European Community Epidemiologic Survey.²³

Las diferencias entre los diversos estudios mencionados y el nuestro podrían deberse al empleo de distintos instrumentos psicométricos, diferencias culturales, factores ambientales y características socioeconómicas de las personas.

Revisiones como las de Lipsitz y Schneier²⁴ refieren que la fobia social tiende a iniciarse en la niñez o en la adolescencia. Así, en un reciente estudio de una comunidad alemana encontraron una mayor incidencia en el rango de 14 a 17 años y refieren que la prevalencia de fobia social disminuye con la edad.¹⁷ En concordancia con nuestros resultados, la edad de inicio de fobia social tuvo una media de 10.5 años, siendo el rango de edades de 11 a 17 años, lo cual difiere de lo obtenido en los estudios de Schneier y col.⁹ y Faravelli y col.²⁰ que hallaron, ambos, una media de la edad de inicio de 15.5. Valores menores se encontraron en los estudios de Pakriev y col.²¹ y Dick et al.²⁵ con 7.1 y 9.5 años, respectivamente.

Nuestros resultados según la clasificación de la LSAS, mostraron un 77.4% con fobia social ausente o leve, un 20.5% con fobia social moderada y por último un 2.1% con fobia social severa, hallazgos similares a los que obtuvieron Madueno y col. en España (2002) en una población de 266 sujetos en donde se empleó la LSAS encontrando como resultados fobia social ausente o leve en el 76.5% de los casos, moderada en el 25.7% y severa en el 1.8%.²⁶

En estudios epidemiológicos la ansiedad social está consistentemente asociada con el

bajo rendimiento académico.⁹ Un reciente trabajo encontró que la severidad de los síntomas de fobia social se asoció con una disminución de la probabilidad de finalización del colegio. En efecto, por cada 10 puntos de incremento de la LSAS, la probabilidad de terminar el colegio disminuía en 1.8%.²⁴ Weiller et al.²⁷ refieren que la fobia social interfiere con la educación del individuo y está asociada a un bajo logro educativo. En nuestro estudio se encontró una correlación inversa débil pero estadísticamente significativa entre rendimiento académico y nivel de ansiedad social según LSAS o SPIN para los cursos de geografía, religión, matemática, arte y ciencias naturales, pero una pobre correlación podría deberse a la metodología de cada curso que podría implicar diferentes grados de exposición del alumno al público.

El Grupo de Consenso Internacional de Depresión y Ansiedad considera el rubor como el principal síntoma físico y a la vez distintivo del trastorno de ansiedad social respecto al resto de trastornos de ansiedad, destacando también entre los síntomas físicos más tratables el temblor y la sudoración.² Uno de los estudios clínicos más completos en cuanto a los síntomas físicos de fobia social fue el llevado a cabo por Amies y col.²⁸ cuyos resultados están en consonancia con los estudios de validación de la LSAS de Bobes y col.¹⁵ Así tenemos que para el estudio de Amies y col.²⁸ el síntoma más frecuente fue palpitations (79%), seguido de temblor (75%) y sudoración (74%); y en el estudio de validación de escalas de Bobes et al.¹⁵ el síntoma más frecuente fue tensión muscular (80%), seguido de sudoración (78%) y ruborizarse (74%). Nuestro estudio encontró según los ítems del SPIN que los síntomas más frecuentes fueron: “entre mis mayores miedos están hacer el ridículo o parecer estúpido” (26.9%), “evito hablar con desconocidos” (24.1%), “evito dar discursos” (21.7%), “me molesta ruborizarme delante

de la gente” (16.5%), “haría cualquier cosa para evitar ser criticado” (16.2%), “me da miedo ser criticado” (15.8%) y “por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente” (11.3%). Además se encontró que los síntomas del SPIN que más correlacionaron con el total de la escala y con la LSAS fueron: “temo hacer las cosas cuando la gente puede estar mirándome”, “por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente”, “entre mis mayores miedos están hacer el ridículo o parecer estúpido”, “me da mucho miedo ser criticado” y “haría cualquier cosa para evitar ser criticado”.

CONCLUSIONES

Se encontró una alta prevalencia de ansiedad social (40.5%) en adolescentes varones del Colegio Salesiano de Breña según el SPIN. Asimismo, de acuerdo a la LSAS, un 20.5% tenía fobia social moderada y un 2.1%, fobia social severa. Se halló que la fobia social puede influir negativamente en el rendimiento académico en los cursos de religión, matemática, arte, geografía y ciencias naturales. La edad promedio de presentación de síntomas fue 10.5, la cual está dentro del rango hallado en otros estudios. La fobia social fue más frecuente a los 11 ó 12 años según la clasificación de la LSAS siendo a los 13 años la mayor prevalencia de fobia social severa. Asimismo, con el SPIN, a los 11 años es más prevalente la ansiedad social. Los distritos La Victoria y San Martín de Porres tienen mayores niveles de ansiedad social en relación con otros distritos. Los síntomas más específicos para fobia social son: “temo hacer las cosas cuando la gente puede estar mirándome”, “por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente”, “entre mis mayores miedos están hacer el ridículo o parecer estúpido”, “me da mucho miedo ser criticado” y “haría cualquier cosa para evitar ser criticado”. Hay una buena correlación entre las escalas SPIN y LSAS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sharon M, Valente S. Social phobia. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2002; 8: 67- 75.
2. Bobes J, Boscaran MT, Bousoña M. Trastorno de ansiedad social. *Salud Global* 2003; 6: 1 – 8.
3. Nardi AE. Fobia social: a timidez patológica. *Ciencia Hoje* 2000; 27:17 – 21.
4. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Fears and phobias: Reliability and heritability. *Psychol Med* 1999;29:539-553.
5. Schwartz CE, Snidman N, Kagan J. Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1008-1015.
6. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman MA, et al. Lifetime and 12-month prevalence or DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
7. Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M. One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Can J Psychiatry* 1996;41:559–63.
8. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998;109-26.
9. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 46 – 48.
10. Magge WJ, Eaton WW, Wittchen HU, et al. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996;151:159-168.
11. Reinherz HZ, Giaconia RM, Lefkowitz ES, Pkiss H, Frost EK. Prevalence of psychiatric disorder in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 369 – 377.
12. Judd LL. Social phobia: a clinical overview. *J Clin Psychiatry* 1994;55:5-9.
13. Nardi AE. Social anxiety disorder. *BMJ* 2003; 327: 515 – 516.
14. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *Br J Psychiatry* 2000, 176: 379 – 386.
15. Bobes J, Badia X, Luque A. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación del fobia social. *Medicina Clínica* 1999; 112: 530 – 538.
16. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESE-MeD/MEDEA 2000). *J Methods Psychiatr Res* 2002;11:55-67.
17. Furmark T, Tillfors M, Everz O. Social phobia in the general population: preva-

- lence and sociodemographic profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 416 – 424.
18. Pollard CA, Henderson JG. Four types of social phobia in a community sample. *J Nerv Ment Dis* 1988; 176: 440 – 445.
 19. Stein MB, Walder JR, Forde DR. Setting diagnostic threshold for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 408 – 412.
 20. Faravelli C, Zucchi T, Viviani B. Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 17 – 24.
 21. Pakriev S, Vasar V, Aluoja A, Shlik J. Prevalence of social phobia in the rural population of Udmurtia. *Nord J Psychiatry* 2000; 45: 109 – 112.
 22. Dagonda M, Angst J. The Zurich Study: social phobia and agoraphobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; 243:95-102.
 23. Wacker HR, Mullejans R, Klein KH, Battegay R. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Meth Psychiatric Res* 1992;2:91-100.
 24. Lipsitz JD, Schoncier FR. Social phobia: epidemiology and cost of illness. *Pharmacoeconomics* 2000; 18: 23 – 32.
 25. Dick CL, Sowa B, Bland RC, Newman SC. Phobic disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;376:36-44.
 26. Madueno C, Ortega GM, Benitez R. Síntomas relacionados con fobia social en personal sanitario. *Medifam* 2002; 12:25-39.
 27. Weiller E, Bisserbe JC, Boyer P, Lepine LP, Lecrubier Y. Social phobia in general health care: an unrecognised undertreated disabling disorder. *Br J Psychiatry* 1996; 168:169-174.
 28. Amies PL, Gelder MG, Shaw PM. Social phobia: a comparative clinical study. *Br J Psychiatry* 1983; 142:174-179.
 29. Den Boer JA. Social phobia: epidemiology, recognition, and treatment. *BMJ*. 1997; 315: 798 – 800.