



PREVALENCIA Y COMORBILIDAD DEL TRASTORNO POR ANSIEDAD SOCIAL



Juan Pablo Muñoz Murillo¹
David Alpízar Rodríguez²

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

RESUMEN

El trastorno de ansiedad social o fobia social (FS) se caracteriza por un miedo persistente y desproporcionado a las situaciones sociales que resulten incómodas, y puedan recibir burlas o críticas a la propia conducta, dando lugar a una experiencia desadaptativa en algún área importante del funcionamiento.

Debido a la carencia de publicaciones sobre prevalencia de dicho trastorno en Costa Rica, se procedió a realizar una revisión de la literatura al respecto y evaluar la prevalencia en diferentes latitudes. Además se resumen las principales consecuencias y comorbilidades psiquiátricas de la FS y sus porcentajes de prevalencia con el objetivo de concientizar al personal de salud sobre una enfermedad psiquiátrica que está presente en nuestro medio, con un inicio en la adolescencia, de predominio en el sexo femenino, de curso crónico y con un impacto negativo en la vida de quienes la padecen.

Al identificar de manera temprana esta patología y sus principales comorbilidades, se puede brindar tratamiento adecuado, evitando así la progresión a patología psiquiátrica más severa, como alcoholismo y depresión, que demandan un gran costo económico para la salud pública.

Palabras clave: Fobia social, trastorno de ansiedad social, depresión, alcoholismo, prevalencia.

ABSTRACT

Social anxiety disorder or social phobia (SP) is characterized by persistent and disproportionate fear to the social situations that are uncomfortable, and may be teased or criticized the conduct itself, leading to a maladaptive experience in some important area of performance.

Due to the lack of publications of SP in Costa Rica, it proceeded to conduct a review of the literature on the subject and assess the prevalence of the disorder in different latitudes. It also summarizes the main consequences and psychiatric comorbidities of SP and prevalence rates in order to sensitize health personnel on a psychiatric illness that is present in our country, with an onset in adolescence, predominantly in females, chronic course and with a strong negative impact on life of sufferers. By identifying early on this disease and its main consequences, it can provide appropriate treatment, preventing the progression to more severe, such as alcoholism and depression, which demand a large economic cost to public health psychiatric disorders. It also summarizes the main consequences and psychiatric comorbidities of SP and prevalence rates in order to sensitize health personnel on a psychiatric illness little known in our country, with an onset in adolescence, predominantly in females, chronic course and with a negative impact on the lives of sufferers.

By identifying early on this disease and its main comorbidities, it can provide appropriate treatment, preventing the progression to more severe, such as alcoholism and depression, which demand a large economic cost to public health psychiatric disorders.

Key words: Social anxiety disorder, social phobia, alcoholism, depression, prevalence rates.

¹ Médico General de la Universidad de Costa Rica. Docentes del Depto. de Fisiología. Escuela de Medicina. UCR, email. Juanpa.8.mm@hotmail.com

² Médico General de la Universidad de Costa Rica. Docentes del Depto. de Fisiología. Escuela de Medicina. UCR, email. dalpizar07@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

La experiencia de ansiedad ante la expectativa de recibir burlas y críticas a la propia conducta, en situaciones de interacción con otras personas, es ampliamente variable de una persona a otra. Cuando esta experiencia resulta desadaptativa en algún área importante del funcionamiento es calificada como trastorno de ansiedad social o fobia social (FS) ^(1, 2). Dicho trastorno, se caracteriza por un miedo persistente y desproporcionado a las situaciones sociales o a las actuaciones en público por temor a que resulten incómodas. ⁽³⁾

Cabe resaltar que no han cambiado los principales criterios diagnósticos desde la publicación del DSM-III R al manual actual, DSM V.

La edad media de inicio es de los 13 años, aunque también puede ocurrir en la primera infancia, puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o puede ser de forma insidiosa. El inicio en la edad adulta es rara, podría surgir después de una situación humillante o cambios que requieran nuevos roles sociales (matrimonio, ascenso en trabajo etc). El impacto en la vida puede ser significativo, ya que se asocia con altas tasas de deserción escolar, alteración del bienestar, productividad laboral. Asimismo se asocia con estar soltero, solo o divorciado y con no tener hijos sobre todo en varones, incluso interfiere con actividades de ocio ⁽¹⁾.

A pesar de la magnitud de la angustia y el deterioro social, la mitad de los individuos nunca buscan tratamiento hasta después de 15-20 años de padecer síntomas ⁽¹⁾.

Varios investigadores presentan la fobia como el tercer trastorno psicológico más frecuente en las sociedades occidentales, y la FS, como la segunda patología psiquiátrica en frecuencia, después de las fobias específicas. La FS manifiesta importante comorbilidad con alteraciones psiquiátricas a lo largo de sus vidas, entre estas se encuentran fobias específicas, otros trastornos de ansiedad, trastornos del afecto, desórdenes alimentarios, dependencia al alcohol y esquizofrenia.

Los autores consultados utilizan tanto la clasificación del DSM-IV como el CIE-10. En los artículos utilizados para revisión no se hizo diferencia entre el subtipo específico (solo de actuación, el miedo se limita a hablar, cantar, actuar en público etc) o generalizado (de interacción, con miedo a gran variedad de interacciones sociales) de la F.S. ⁽¹⁾

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM V

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad



que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

J. Si existe otra afección médica (p.ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la

ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

DEFINICIÓN DEL CIE-10

Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. El temor a vomitar en público puede ser importante. El contacto visual directo puede ser particularmente molesto en determinadas culturas. Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO

a) Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.



b) Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.

c) La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

PREVALENCIA DE LA FOBIA SOCIAL

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México, realizada en el 2003, el trastorno de ansiedad social afecta a un 4.7% de la población⁽⁴⁾. En Estados Unidos se reporta un 4% por el National Institute of Mental Health Epidemiological Catchment Area (ECA) Project.⁽⁵⁾ Otros autores reportan un rango más amplio en Estados Unidos y Europa desde 2,4% a 16%, con un pico de incidencia a los 15 años⁽⁶⁾. Alrededor del 85% de las personas que presentan fobia social tienen un inicio en la adolescencia.⁽⁷⁾

En el Primer Estudio Poblacional de Salud Mental, de Medellín, con una muestra de 4.179 personas, realizado entre el 2011 y 2012, la prevalencia de vida de fobia social fue de un 4,07% para el total de la población estudiada; para el sexo femenino fue de 4,45% y para el masculino de 3,47% y una razón de 1,3 mujeres por cada hombre. Sin embargo fue la edad de 30 a 44 años que presentó mayor prevalencia, en contraste con otros estudios que sitúan este pico en la segunda década de la vida.⁽⁸⁾

El National Comorbidity Survey Replication– Adolescent Supplement es una encuesta representativa a nivel nacional con 10.123 adolescentes entre 13 y 18 años de edad en los Estados Unidos, realizada en el año 2011; aproximadamente el 9% de los adolescentes

reunieron criterios de fobia social en su vida. De estos el 55,8% se vieron afectados con el subtipo generalizado y el 44,2 % no generalizado. Los adolescentes con fobia social generalizada también tenía una edad más temprana de inicio, los niveles más altos de discapacidad, gravedad clínica, y un mayor grado de comorbilidad con relación a los adolescentes con formas no generalizadas del trastorno.⁽⁹⁾

Otro estudio del 2005, en Brazil, donde comparan la prevalencia de este trastorno según los criterios del CIE-10 y del DSM-III R, dio como resultado porcentajes muy similares a los reportados, con un 4.7% y 7.9% respectivamente. Otros estudios de del 2001 en Australia y Peninsula Arabica, reportan prevalencias de 2.7% y 0.4%.⁽¹⁰⁾

Se ha reportado que este padecimiento se presenta más en la mujer (5.4%) que en el hombre (3.8%) y en personas jóvenes (18 a 29 años) con una edad promedio de inicio de 13 años para ambos sexos, esto según un estudio dobleciego realizado en el año 2006.⁽¹¹⁾ En un estudio de prevalencia e impacto en la educación de la fobia social en una muestra de adolescentes de Sao Paulo, Brazil, realizado en el año 2005, utilizando el Inventario de Fobia Social (SPIN), administrado a 116 estudiantes de 5° a 8° año de ambos sexos, los investigadores obtuvieron una prevalencia de 7.8%, teniendo las mujeres entre 12 y 15 años, una mayor prevalencia. También se evidencia un impacto negativo en la educación al ser el 89% de estos, repitentes de al menos un año de estudio.⁽¹²⁾

En un estudio de Zubeidat y colaboradores, del 2008, sobre factores asociados a ansiedad



social así mismo concluye que las mujeres mostraron una probabilidad de padecer ansiedad social significativamente mayor que los hombres.⁽¹³⁾

En la encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente del 2009, donde participaron 3.005 adolescentes entre 12 y 17 años, la prevalencia fue de 10 % y 12.4 % en hombres y mujeres respectivamente, siendo la fobia social, la segunda patología psiquiátrica en frecuencia, después de las fobias específicas.⁽¹⁴⁾

Comorbilidades psiquiátricas de la fobia social
Varios investigadores reportan a la fobia como el tercer trastorno psicológico más frecuente en las sociedades occidentales, tras la depresión y el consumo de alcohol.⁽¹⁵⁾

Entre los trastornos psiquiátricos que se han asociado al trastorno de ansiedad social, se encuentran fobias específicas, otros trastornos de ansiedad, trastornos del afecto, desórdenes alimentarios, dependencia al alcohol y esquizofrenia.⁽¹⁶⁾ Cabe resaltar que estas comorbilidades pueden ser consecuencias de la fobia social, trastornos concurrentes no relacionados entre sí, o que el trastorno de ansiedad social se haya dado a consecuencias de estos.⁽¹⁷⁾

Existe evidencia clara de la asociación de trastorno de ansiedad social con desarrollo de depresión posterior. En la NCS (National Comorbidity Survey) se evidenció que un 37.2% de las personas a las que se les diagnosticó fobia social, habían presentado en su vida al menos un episodio de depresión mayor. Resultados similares se obtuvieron en el NCS-R⁽¹⁸⁾, el estudio australiano de salud

mental⁽¹⁹⁾ y el estudio europeo de epidemiología de trastornos mentales⁽²⁰⁾.

Un estudio prospectivo, de una muestra de 3.021 personas entre los 14 y 24 años con seguimiento a diez años, reveló que hasta un 47% de los pacientes con FS había presentado en su vida al menos un episodio depresivo, comparado con un 23% de personas que presenta esta patología.⁽²¹⁾

Las personas con FS tienen mayor prevalencia tanto de abuso como de dependencia al alcohol y a otras drogas que la población general.⁽²²⁾ Un estudio con una muestra de 788 adolescentes con seguimiento hasta los 25 años, reveló que los adolescentes con fobia social tienen el doble de riesgo de presentar un trastorno por uso de alcohol severo en comparación con personas sin fobia social.⁽²³⁾ Sin embargo, una publicación mexicana con una población de 3.164 adolescentes, de los cuales 524 presentaban FS, no encontró diferencia estadísticamente significativa en el patrón de consumo de alcohol.⁽²⁴⁾ Esto puede ser debido como los mismos autores indican a errores de diseño, muestreo intencional, e instrumentos de tamizaje utilizados, o inclusive variantes de la FS.

En Colombia se encontró que la prevalencia de vida para abuso y dependencia de alcohol en quienes tienen FS fue del 24,1% y 11,2% respectivamente, mientras que en pacientes sin fobia social las prevalencias fueron del 13% para abuso y 4,4% para dependencia, siendo estos resultados estadísticamente significativos.⁽²⁵⁾

Tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa han sido relacionadas con la fobia



social. La prevalencia de FS se encuentra en los rangos desde 20% en ambas hasta 55% en pacientes con anorexia y 59% en bulimia.⁽²⁶⁻²⁷⁾ En un estudio alemán se encontró que un 50% de las pacientes con bulimia nerviosa cumplían criterios diagnósticos para fobia social⁽²⁸⁾. Otro estudio chileno con una muestra de 54 mujeres con trastornos alimentarios, encontró una prevalencia de fobia social del 40.7%.⁽²⁹⁾

Si bien el trastorno de la personalidad más asociado a la fobia social es el trastorno de personalidad por evitación, se han asociado otros trastornos. Un estudio brasileño evaluó trastornos de la personalidad en 22 pacientes con diagnóstico de fobia social, y se encontró que 64% presentaban el trastorno de personalidad por evitación, un 27% paranoide, 9% obsesivo compulsivo, dependiente, histriónico y borderline. Además de un caso de antisocial, esquizoide y esquizotípico.⁽³⁰⁾

La paruresis y la parcopresis se manifiestan por miedo e incapacidad de miccionar o defecar, respectivamente, en baños públicos cuando otras personas están presentes o pueden entrar en la sala, son otros trastornos psiquiátricos relacionados al trastorno de ansiedad social, que se presenta en aproximadamente 3% de las personas con trastornos de ansiedad en general.⁽³¹⁾

CONCLUSIONES

Se observó una prevalencia similar de fobia social en la mayoría de los artículos revisados de diferentes partes de latinoamérica y norteamérica.

La prevalencia de trastorno por ansiedad social, se presenta más en las mujeres que en los hombres, en todos los estudios revisados. La mayoría de autores concuerdan que el pico de incidencia de fobia social se presenta en la adolescencia temprana.

Existe asociación estadísticamente significativa en la mayoría de los estudios entre fobia social y la dependencia al alcohol.

La depresión es un trastorno psiquiátrico común en personas con fobia social.

Se ha visto que hasta un 50% de los trastornos de la conducta alimentaria tienen relación con la fobia social.

Al identificar de manera temprana esta patología y sus principales comorbilidades, tanto por los mismos pacientes en su mayoría adolescentes, así como sensibilización por parte del personal de servicios como emergencias o primer nivel de atención, se puede brindar tratamiento adecuado sin revictimizar al individuo, evitando así la progresión a patología psiquiátrica más severa, como alcoholismo y depresión.

Debido a la temprana edad de inicio y la asociación con la deserción escolar y problemas en las relaciones interpersonales una intervención pronta, oportuna y eficaz por parte del Sistema Educativo en todos sus niveles incluso el Universitario, sería la clave para la prevención del desarrollo de otros trastornos psiquiátricos, esto por medio de la capacitación adecuada de los orientadores y psicólogos escolares, así como de los docentes que participan en el entramado curricular.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Panamericana; 2014.
2. Bögels S. et al. Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-V. *Depression & Anxiety*. 2010; 27(2), 168-189. doi: 10.1002/da.20670.
3. Antona C, et al. Adaptación transcultural del tratamiento IAFS en estudiantes mexicanos con fobia social: un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2012; 12(1), 35-48.
4. Medina M, et al. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26(4):1-16
5. Schneier F, et al. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(4):282-8.
6. Brunello N, Den Boer JA, Judd LL, Kelsey JE, Lader M, Lecrubier Y, et al. Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Br J Psychiatry*. 2007;168 Suppl 30:49–58.
7. Picon P, et al. Desenvolvimento da versão em português do Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI). *Rev Psiquiatr RS* jan/abr 2005;27(1):40-50.
8. Torres Y, et al. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental. Secretaría de Salud Mental de Medellín. Universidad Ces. Medellín, Colombia. 2011-2012, pp. 159-162
9. Burstein M, et al. Social Phobia and Subtypes in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and Comorbidity. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Volume 50, number 9, september 2011.
10. Lopes F, et al. Comparing the prevalence rates of social phobia in a community according to ICD-10 and DSM-III-R Comparando estimativas de prevalência da fobia social na comunidade empregando-se a CID-10 e a DSM-III-R. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(3):222-4.
11. Ontiveros J. Estudio controlado doble-ciego con clonazepam y placebo en pacientes con trastorno de ansiedad social. *Salud Mental*. 2008; 31:299-306.
12. Fonseca G, et al. Fobia social em uma amostra de adolescentes. *Estudos de Psicologia* 2006, 11(1), 111-114.
13. Zubeidat I, et al. Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. *Salud Mental* 2008; 31:189-196.
14. Benjet C, et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2009; 31: 155-163.
15. García E, et al. Terapia de Exposición Mediante Realidad Virtual e Internet en el Trastorno de Ansiedad/Fobia Social: Una Revisión Cualitativa. *Terapia psicológica*. 2011;29(2), 233-243.
16. Magee W. Agoraphobia, Simple Phobia, and Social Phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(2):159.



17. Grant B, Hasin D, Blanco C, Stinson F, Chou S, Goldstein R et al. The Epidemiology of Social Anxiety Disorder in the United States. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(11):1351-1361.
18. Kessler R, Chiu W, Demler O, Walters E. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617.
19. Andrews G. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: Overview of the Australian National Mental Health Survey. *The British Journal of Psychiatry*. 2001;178(2):145-153.
20. Alonso J. The burden of anxiety and depressive disorders: The ESEMeD study. *European Neuropsychopharmacology*. 2002;12:150.
21. Beesdo K, Bittner A, Pine D, Stein M, Höfler M, Lieb R et al. Incidence of Social Anxiety Disorder and the Consistent Risk for Secondary Depression in the First Three Decades of Life. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(8):903.
22. Grant B, Stinson F, Dawson D, Chou S, Dufour M, Compton W et al. Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(8):807.
23. Black J, Clark D, Martin C, Kim K, Blaze T, Creswell K et al. Course of Alcohol Symptoms and Social Anxiety Disorder from Adolescence to Young Adulthood. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015;39(6):1008-1015.
24. Jiménez-López L, Cárdenas S. Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issue*. 2014;6(1):37-50.
25. Peña-Salas G, Bareño J, Berbesi Fernández D, Gaviria S. Prevalencia de abuso y dependencia de alcohol en adultos con fobia social en Medellín. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2014;43(2):66-72.
26. Kaye W, Bulik C, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Co-morbidity of Anxiety Disorders with Anorexia and Bulimia Nervosa. *Journal of Women's Health Physical Therapy*. 2005;29(2):27.
27. Godart N, Flament M, Lecrubier Y, Jeammet P. Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: comorbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*. 2000;15(1):38-45.
28. Steere J, Butler G, Cooper P. The anxiety symptoms of bulimia nervosa: A comparative study. *Int J Eat Disord*. 1990;9(3):293-301.
29. Behar A R, Barahona I M, Iglesias M B, Casanova Z D. Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Rev chil neuro-psiquiatr*. 2007;45(3).
30. Barros Neto T, Lotufo Neto F. Transtornos de personalidade em pacientes com fobia social. *Rev psiquiatr clín*. 2006;33(1).
31. Maia Barros R. Paruresis and Parcopresis in Social Phobia: a case report. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2011;33(4):416-417.
32. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992