

Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México

Jorge J. Caraveo-Anduaga*
Eduardo Colmenares*

Summary

This report presents the lifetime and 12-month prevalence of phobic disorders in the adult population of Mexico City as well as their sociodemographic characteristics, the proportion of help-seekers and the impediments reported by the affected subjects.

The study was designed as a multistage household survey in a representative sample of the adult population aged 18 to 65 years old. The basic instrument was an amended version of CIDI 1.1. The prevalence of the disorders is shown following the ICD-10 research diagnostic criteria.

The lifetime prevalence of the different phobic disorders in this population ranged from 2.8% to 2.1%, and was persistent. In general, all phobic anxiety disorders were more frequent in women, and the female/male ratio was higher in agoraphobia (3.6:1). In both genders, the specific phobias showed an earlier age of onset. While social and specific phobias usually began, during the middle of the second decade of life, agoraphobia usually appeared in the middle of the third decade. Almost in all cases these disorders caused disabilities. Women sought more help than men, specially those with agoraphobia. Nevertheless, it is important to note that only from 10% to 30% of all the affected subjects with some kind of phobic disorder sought any kind of help. According to the type of disorder, some differences emerged: Most of those with agoraphobia and specific phobias sought help from sorcerers, natural healers, priests and religious ministers.

In conclusion, although phobic anxiety disorders were less frequent than depressive disorders, their persistence throughout life determines their importance, as well as that of their role in the development of psychopathology. Early detection and treatment, specially of social and specific phobias should be emphasized, as they appear at an earlier age.

Key words: Agoraphobia, phobic disorders, prevalence, clinical characteristics, service use, disabilities.

Resumen

El presente trabajo reporta la estimación en la ciudad de México de la prevalencia de los trastornos fóbicos de la población adulta, durante el transcurso de su vida y en los últimos 12 meses; así como las características sociodemográficas, la proporción de sujetos que busca ayuda, y los impedimentos de la población afectada.

* Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Departamento de Investigaciones en Servicios de Salud. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco. 14370, México, D.F.

Primera versión: 12 de noviembre de 1999.

Segunda versión: 26 de julio de 2000.

Aceptado: 25 de agosto de 2000.

El estudio se llevó a cabo por medio de una encuesta de hogares en una muestra representativa de la población adulta de 18 a 65 años. El instrumento básico fue una versión complementada del CIDI 1.1, y la prevalencia de los trastornos se indica siguiendo el criterio diagnóstico de la CIE-10.

La prevalencia de los diferentes trastornos fóbicos en la población general no fue superior al 2.8% ni menor del 2.1%. En general, todos los trastornos de ansiedad fóbica prevalecieron más entre las mujeres, y la razón por sexo fue mayor en los casos de agorafobia (3.6 mujeres por cada hombre). Las fobias específicas son el trastornos que se presenta más tempranamente en ambos sexos. La fobia social y la específica empiezan a mediados de la segunda década de la vida; no así la agorafobia, que se presenta a la mitad de la tercera década. En casi todos los casos los pacientes estuvieron discapacitados. Las mujeres fueron las que más buscaron ayuda, no obstante, es importante hacer notar que sólo entre 10% y 30% del total de las personas afectadas por algún tipo de trastorno fóbico solicitaron ayuda. Asimismo, muchos de los pacientes con una u otra forma de agorafobia y con fobias específicas, buscaron ayuda de curanderos, naturistas, sacerdotes y ministros religiosos.

En conclusión: los trastornos por ansiedad fóbica influyen de manera determinante en el desarrollo de la psicopatología, por lo cual se les debe tomar en cuenta para detectarlos y tratarlos oportunamente en virtud de sus graves consecuencias en la calidad de vida de las personas afectadas. La fobia social y las fobias específicas son de especial interés porque, en promedio, empiezan a más temprana edad.

Palabras clave: Agorafobia, fobias, prevalencia, características clínicas, uso de servicios, discapacidades.

Introducción

Recientemente se reconoció que los trastornos psiquiátricos son un problema de salud pública por su magnitud y trascendencia en la población afectada, y la atención se ha enfocado especialmente a los estados depresivos (18). Sin embargo, los trastornos de ansiedad, en conjunto, alcanzan una magnitud semejante a la de los afectivos y tienden a la cronicidad, conllevando diferentes grados de discapacidad. En muchos casos se desarrollan episodios depresivos y estados mixtos, o se complican por el abuso y la dependencia del alcohol y de los tranquilizantes (4).

La evaluación de los trastornos fóbicos y de su prevalencia específica en los estudios epidemiológicos es relativamente reciente. En los Estados Unidos, en los estudios en las áreas de captación epidemiológica

(ECA), los trastornos de ansiedad fóbica, en conjunto, fueron de los más frecuentes en la población general, habiéndose encontrado una prevalencia durante la vida de 12.6% (20). Más adelante, la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS) en ese mismo país, corroboró su alta prevalencia y mostró que este grupo de trastornos tienden a ser más crónicos que el abuso de sustancias y los trastornos afectivos, que tienen una elevada comorbilidad y constituyen factores de riesgo para el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos (16,17). Hasta el momento poco sabemos en México sobre la magnitud de los trastornos de ansiedad entre la población general (10,11), y en los estudios no se incluyeron los trastornos fóbicos.

Por lo tanto, los objetivos de este informe son presentar datos epidemiológicos acerca de la prevalencia durante la vida, y en los últimos 12 meses previos al estudio, de los trastornos fóbicos: agorafobia, fobia social y fobia específica entre la población adulta de la ciudad de México.

Material y métodos

La información procede de una encuesta de hogares limitada al ámbito de la ciudad de México, excluyendo la zona conurbada. Ya fue previamente publicada una descripción más detallada del método y del instrumento utilizado (9). La población blanco fueron las personas de 18 a 65 años, que vivían permanentemente o de manera temporal en las 16 delegaciones políticas de la ciudad. El diseño de la encuesta fue polietápico y estratificado por sexo, y por la disponibilidad de los servicios de salud mental en las 16 delegaciones. La probabilidad de selección en la tercera etapa dio como resultado una muestra auto-ponderada para cada segmento incluido por dominio.

El instrumento diagnóstico básico de la investigación fue el CIDI 1.1 (28), en su versión reformada por la Universidad de California, en Fresno (23). Las entrevistas se llevaron a cabo por personal capacitado, pero no especializado, que fue estrechamente supervisado. Los algoritmos diagnósticos se crearon siguiendo los criterios de investigación de la CIE-10 (19). De acuerdo con esta clasificación, el diagnóstico de agorafobia requiere de la presencia de dos o más situaciones del criterio A (ver el siguiente cuadro), así como del resto de las características enunciadas en los apartados subsiguientes. Si la fobia se limita a una sola situación se sugiere considerarla como fobia específica. Este mismo criterio se aplica en el DSM-IV (vea cuadro de la columna siguiente).

Sin embargo, en este caso, la categoría diagnóstica se preservó y se denominó como "agorafobia simple" en este estudio, para distinguirla y analizarla.

La versión reformada del CIDI 1.1 incorporó una serie de preguntas acerca de los impedimentos o problemas relacionados con cada trastorno, incluyendo los siguientes: 1) malestar consigo mismo; 2) interferencia con su vida y con sus actividades; 3) impedimentos para trabajar, para cumplir sus tareas o para asumir nuevas responsabilidades; 4) impedimentos para ver a sus amistades o familiares y 5) impedimentos para asistir a

CRITERIOS DE AGORAFOBIA CIE-10

- A. Miedo manifiesto o conducta de evitación ante por lo menos dos de las siguientes situaciones:
- 1) multitudes
 - 2) lugares públicos
 - 3) viajar solo
 - 4) viajar lejos de casa

- B. Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación tenida, presentarse conjuntamente, en una ocasión al menos desde el comienzo de los trastornos, y uno de los síntomas tiene que estar en los síntomas

Síntomas autonómicos

- 1) Palpitaciones o golpeo del corazón o ritmo cardíaco acelerado
- 2) Sudoración
- 3) Temblores o sacudidas de los miembros
- 4) Sequedad de boca.

Síntomas en el pecho y abdomen

- 5) Dificultad para respirar
- 6) Sensación de ahogo
- 7) Dolor o malestar en el pecho
- 8) Náusea o malestar abdominal

Síntomas relacionados con el estado mental

- 9) Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento
- 10) Sensación de que los objetos son irreales o sentirse lejos de la situación o fuera de ella
- 11) Sensación de perder el control o de muerte inminente
- 12) Miedo a morir

Síntomas generales

- 13) Sofocos o escalofríos
- 14) Sensación de entumecimiento u hormigueo

- C. Malestar emocional significativo, secundario a la conducta de evitación o a los síntomas de ansiedad, pero reconociendo el sujeto que son excesivos o carecen de sentido.

- D. Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.

reuniones sociales. Asimismo, se les preguntó a quién recurrieron en busca de ayuda: a médicos que no eran psiquiatras, a especialistas en salud mental, a quiroprácticos, a homeópatas, a sacerdotes, a ministros religiosos o a curanderos, etcétera.

Para estimar el nivel socioeconómico de los hogares se siguieron los criterios de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública (AMAI), sintentizándose en cinco niveles, de acuerdo con la estimación del ingreso económico:

- A** Ingreso mensual familiar de \$ 13,000 o más
- B** Ingreso mensual familiar de \$ 4,000 o 12,999
- C** Ingreso mensual familiar de \$ 2,000 o 3,999
- D** Ingreso mensual familiar de \$ 1,000 o 1,999
- E** Ingreso mensual familiar de \$ 1,000

La fase de las entrevistas en campo tuvo lugar entre el 28 de junio y el 31 de octubre de 1995. De las 3,200 personas elegidas se obtuvieron sólo 1932 entrevistas

CUADRO 1
Prevalencia e Incidencia del Trastorno de Agorafobia y de las Fobias

	Agorafobia			Agorafobia simple			Fobias Específicas			Fobia Social		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
Durante toda la vida	1.0	3.6	2.5	1.4	2.6	2.1	2.0	3.4	2.8	1.8	3.3	2.6
Actual	0.4	2.2	1.4	0.4	1.9	1.2	1.6	2.8	2.3	1.1	2.3	1.8
Incidencia en los últimos 12 meses	---	0.4	0.2	0.1	0.4	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1

Tasas/100 habitantes.

completas. No se pudo entrevistar a 33% de los sujetos informantes por no haber podido localizarlos a pesar de haberlos buscado por lo menos en cuatro ocasiones, en diferentes días y horas. Sólo 8% de los informantes localizados se rehusaron a que los entrevistaran. En total, la tasa de respuesta fue de 60.4%. Los factores de expansión fueron obtenidos al final de la etapa de campo, y representaron, en total, a 2,625,883 habitantes.

Los algoritmos para cada entidad diagnóstica se construyen siguiendo estrictamente los criterios de investigación de la CIE-10. El análisis de los datos se hizo con el programa estadístico de SPSS, versión 7.0, para las medidas de tendencia central y comparación de medias de edad entre los sexos y las entidades diagnósticas incluidas.

Resultados

Prevalencia durante la vida

La prevalencia y las características sociodemográficas de la población afectada se presentan de acuerdo con el sexo en los cuadros del 1 al 3. En general, todos los trastornos de ansiedad fóbica prevalecieron más entre las mujeres. La razón por sexo fue mayor en los casos de agorafobia —3.6 mujeres por cada hombre— esto es, dos veces más que en el resto de los trastornos fóbicos. En los grupos de edad, la prevalencia durante toda la vida fue más frecuente entre las mujeres de 35 a 44 años y en las mayores de 55 años, mientras que en los hombres hubo heterogeneidad, pero con ten-

CUADRO 2
Características Sociodemográficas de Ansiedad Fóbica en los Hombres

Variables demográficas	Agorafobia n = 10949	Agorafobia simple n = 15487	Fobia específica n = 22130	Fobia social n = 20266
Edad				
18 - 24	1.2	1.7	2.7	2.4
25 - 34	1.3	1.4	0.9	2.3
35 - 44	0.2	---	2.2	0.5
45 - 54	0.3	3.3	3.7	1.7
Más de 55	1.6	0.6	1.6	0.9
Escolaridad				
Sin escolaridad	---	---	---	---
0 - 6 años	1.2	0.9	2.2	0.6
7 - 9 años	1.8	2.8	3.8	3.3
10 - 12 años	0.9	1.7	1.1	2.1
Más de 13 años	0.1	0.2	1.2	1.2
Estado Civil				
Casado	0.4	1.4	1.7	0.9
Separado	9.1	2.2	15.5	15.8
Divorciado	---	---	---	---
Viudo	18.4	---	18.4	---
Soltero	0.3	1.6	1.3	2.2
Unión libre	3.2	0.6	2.3	0.9
Nivel Socioeconómico (ingreso mensual)				
A (13,000 o más)	---	---	---	---
B (4,000 a 12,999)	---	0.8	1.5	2.0
C (2,000 a 3,999)	1.1	1.7	2.5	2.2
D (1,000 a 1,999)	1.6	1.5	2.7	2.3
E (menor a 1,000)	1.2	1.5	1.7	0.9

Porcentajes obtenidos del total de la muestra
La "n" de entidades en valores expandidos.

CUADRO 3
Características Sociodemográficas de Ansiedad Fóbica en las Mujeres

<i>Variables demográficas</i>	<i>Agorafobia</i> <i>n = 54282</i>	<i>Agorafobia simple</i> <i>n = 38634</i>	<i>Fobia específica</i> <i>n = 51051</i>	<i>Fobia social</i> <i>n = 48647</i>
Edad				
18 - 24	3.2	2.9	2.6	1.9
25 - 34	2.4	2.0	3.1	3.4
35 - 44	6.8	3.1	6.2	4.7
45 - 54	0.8	1.4	2.7	1.2
Más de 55	5.0	4.2	0.9	5.9
Escolaridad				
Sin escolaridad	7.1	8.3	5.5	11.1
1 - 6 años	6.1	2.3	5.6	6.3
7 - 9 años	3.7	3.8	3.2	0.7
10 - 12 años	2.1	2.5	2.5	2.3
Más de 13 años	0.7	---	0.7	1.4
Estado Civil				
Casado	3.6	2.9	2.8	3.7
Separado	10.8	2.8	4.8	6.7
Divorciado	4.1	7.4	5.8	4.1
Viudo	1.0	1.7	5.7	1.3
Soltero	2.6	2.0	1.6	1.5
Unión libre	2.6	2.0	9.4	4.5
Nivel Socioeconómico (ingreso mensual)				
A (13,000 o más)	27.8	---	11.1	16.7
B (4,000 a 12,999)	2.3	2.4	0.5	1.7
C (2,000 a 3,999)	4.4	1.4	5.3	4.0
D (1,000 a 1,999)	3.1	2.6	3.6	3.2
E (menor a 1,000)	2.9	4.2	3.4	3.4

Porcentajes obtenidos del total de la muestra
La "n" de entidades en valores expandidos.

dencia general a ser más frecuentes entre los sujetos de 18 a 34 años.

De acuerdo con la escolaridad, casi todos los trastornos fueron más frecuentes entre la población con menos de 10 años de estudio. Asimismo, en general, las personas separadas, divorciadas y viudas de ambos sexos, manifestaron una mayor prevalencia de todos los trastornos.

Es notable que las mujeres con mejor posición socioeconómica han sido las más afectadas por las fobias, mientras que entre los hombres de ese mismo nivel socioeconómico, no se encontró este tipo de trastornos. No obstante, al examinar estos casos se observó que se trataba de mujeres con un menor grado de escolaridad y que habían roto su relación matrimonial.

Prevalencia e incidencia en el último año

Las fobias específicas y la fobia social fueron los trastornos fóbicos más frecuentes en los sujetos durante los últimos 12 meses; sin embargo, la incidencia de los cuatro tipos de patología fue reducida y muy similar. De esta manera, comparando la prevalencia actual con la prevalencia durante la vida, los resultados sugieren que las fobias específicas y la fobia social son trastornos de ansiedad que tienden a ser más persistentes que la agorafobia a lo largo de la vida de las personas afectadas (ver cuadro 1).

Edad de inicio de los trastornos

Tanto en los hombres como en las mujeres, las fobias específicas fueron el trastorno que se presentó a más

CUADRO 4
Edad de inicio de los trastornos agorafóbicos

	<i>Agorafobia</i>		<i>Agorafobia Simple</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Edad de inicio en la vida	26.89 años ± 13.55 Rango 16-60	27.70 años ± 12.58 Rango 7-58	23.86 años ± 13.15 Rango 7-44	23.61 años ± 12.39 Rango 5-54
Edad de inicio del trastorno actual	35.57 años ± 16.94 Rango 17-60	28.3 años ± 10.47 Rango 10-58	19.29 años ± 7.83 Rango 12-29	24.20 años ± 13.65 Rango 5-54

CUADRO 5
Edad de inicio de los trastornos fóbicos

	<i>Fobia Específica</i>		<i>Fobia Social</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Edad de inicio en la vida	16.78 años ± 11.60 Rango 6-45	15.70 años ± 10.15 Rango 4-46	17.75 años ± 9.15 Rango 6-34	24.16 años ± 12.90 Rango 6-47
Edad de inicio del trastorno actual	16.36 años ± 12.85 Rango 6-45	14.78 años ± 10.26 Rango 4-46	19.13 años ± 8.49 Rango 7-34	26.34 años ± 12.85 Rango 7-47

temprana edad. Especialmente en los hombres la fobia social comenzó cuando eran más jóvenes, mientras que en las mujeres se manifestó, en promedio, siete años más tarde. Por otra parte, la agorafobia fue el trastorno fóbico que apareció más tardíamente, y es interesante que la “forma simple” de este trastorno, que conservamos en este estudio, se haya presentado, en promedio, 3 o 4 años antes que la agorafobia como la define la CIE-10, y 7 años después que las fobias específicas. La edad a la que aparecieron las fobias específicas y la fobia social en ningún caso fue después de los 50 años, en cambio, los dos tipos de agorafobia, aparecieron después de esa edad (cuadro 4).

Ahora bien, al comparar la prevalencia de estos trastornos en el último año, con la de toda la vida, se encontraron algunas diferencias por género. En los hombres, la “agorafobia simple” apareció más tempranamente, al igual que la fobia social —a los 19 años— mientras que la agorafobia comenzó más tardíamente —a los 35 años. Por otra parte, en las mujeres hubo muy pocas diferencias, lo que denota en ellas una constante de aparición de estos trastornos (cuadro 5).

Al comparar las medias de edad a la que se presentaron estos trastornos en ambos sexos, tanto con una prevalencia de toda la vida como en la actualidad, no hubo diferencias estadísticamente significativas. Asimismo, al comparar las medias de edad a las que se presentaron los trastornos diagnósticos la diferencia no resultó estadísticamente significativa.

Sintomatología

La prevalencia de las situaciones en las que se desarrolló la agorafobia mostró un patrón similar en las dos definiciones diagnósticas. La situación más temida fue “salir o estar lejos de casa”, seguida de “viajar en auto, tren o autobús”. La distribución por sexo indicó que en los hombres afectados con agorafobia, todas las situaciones son proporcionalmente más frecuentes, y éstos manifestaron sufrir una mayor discapacidad y un mayor número de impedimentos. Esta característica persistió en la forma simple del trastorno (cuadro 6 y gráfica 1), no obstante, en la “agorafobia simple”, tres de las cinco situaciones fueron más frecuentes entre las mujeres.

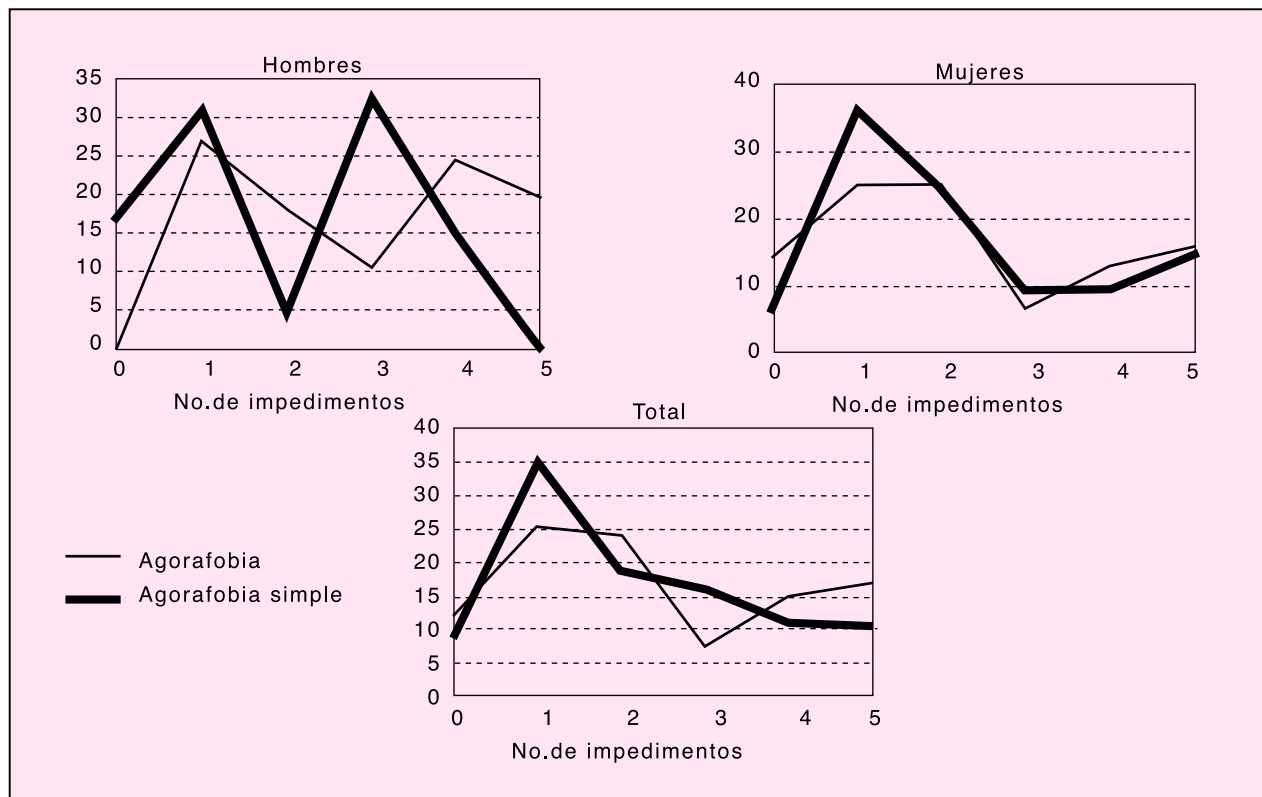
Entre las fobias específicas la más frecuente en uno y otro sexo fue el “temor a las serpientes, a las ratas y a otros animales”. Las fobias que más prevalecieron en los hombres fueron “ver sangre o que lo inyecten”, así como “las tormentas, truenos o rayos”. Todas las demás modalidades fueron más frecuentes en las mujeres (cuadro 7). De acuerdo con el número de fobias, 28.1% de los casos tuvieron una sola y no hubo ninguna diferencia entre uno y otro sexo; 10.5% (16.7% de los hombres y 7.7% de las mujeres) tuvieron dos; y 61.4% (55.3% de los hombres y 64.2% de las mujeres) manifestaron tener tres o más fobias específicas. Aunque tanto los hombres como las mujeres con este trastorno dijeron que les habían causado discapacidades,

CUADRO 6
Prevalencia de los síntomas agorafóbicos

	<i>Agorafobia</i>			<i>Agorafobia simple</i>		
	<i>Hombre (%)</i>	<i>Mujer (%)</i>	<i>Total (%)</i>	<i>Hombre (%)</i>	<i>Mujer (%)</i>	<i>Total (%)</i>
<i>N</i> =	10949	54282	65231	15487	38634	54121
Miedo intenso a:						
estar en una multitud o en una fila	62.1	46.5	49.1	25.4	11.8	15.7
salir de casa o lejos de casa	82.0	77.6	78.3	31.8	46.7	42.4
estar en lugar público	56.3	41.0	43.6	---	9.3	6.6
viajar en auto, tren o autobús	94.2	61.1	66.6	34.3	21.4	25.1
cruzar un puente	53.1	47.9	48.8	8.5	10.7	10.1

La “n” en ambos sexos y total es en valores expandidos.

GRÁFICA 1
Comparación de los impedimentos ocasionados por la Agorafobia y la Agorafobia Simple en uno y otro sexo



se encontró que los impedimentos fueron mayores en los pacientes del sexo masculino (gráfica 2).

En cuanto a la prevalencia de las situaciones a las que tenían enfrentarse los sujetos con fobia social, se encontró que las más frecuentes fueron las relacionadas con hablar en público, esto es, al comunicarse y expresarse delante de los demás (cuadro 8). De acuerdo con el número de casos, 18.7% (23.7% de los hom-

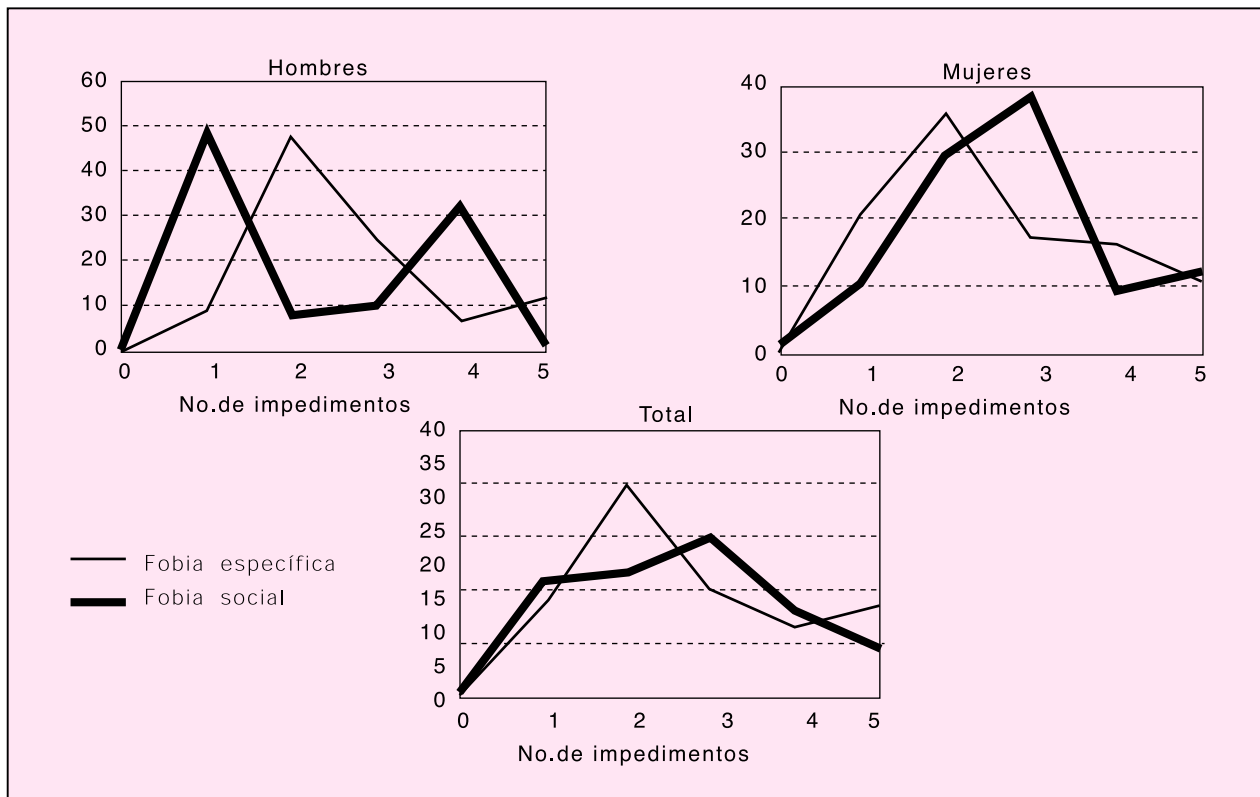
bres y 16.6% de las mujeres) padecían fobia social ante una sola situación; 25.6% (37.9% de los hombres y 20.5% de las mujeres) ante 2 situaciones, y 55.7% (38.4% de los hombres y 62.9% de las mujeres) ante tres o más situaciones. Casi la totalidad de los casos informó haber padecido discapacidades, pero a diferencia de lo observado en los otros trastornos fóbicos, los impedimentos fueron mayores entre las mujeres (gráfica 2).

CUADRO 7
Prevalencia de los síntomas de Fobia Específica

	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
	<i>n</i> = 22130	<i>n</i> = 51051	<i>n</i> = 73181
Miedo intenso a:			
las alturas	27.8	54.1	45.9
volar en avión	24.9	40.9	35.9
estar en espacio cerrado	30.5	53.9	46.6
estar solo	21.8	37.2	32.4
las tormentas, truenos o rayos	46.8	33.6	37.7
culebras, ratas u otros animales	66.5	65.2	65.6
ver sangre, a ser inyectado	47.9	34.4	38.6
estar en aguas tranquilas	13.1	21.5	18.9

La "n" en ambos sexos y total es en valores expandidos.

GRÁFICA 2
Comparación de los impedimentos ocasionados por la Fobia Específica y la Fobia Social en uno y otro sexo



La búsqueda de ayuda

Las mujeres fueron las que más buscaron ayuda para todos los trastornos fóbicos, especialmente para la agorafobia. Las dos definiciones utilizadas en el estudio, para este trastorno, fueron la causa por la que tanto hombres como mujeres buscaron más ayuda (cuadro 9). No obstante, es importante resaltar que sólo buscaron ayuda entre 10% y 30% de las personas afectadas por algún tipo de trastorno fóbico, y que los médicos a los que más consultaron no eran psiquiatras (cuadro 10). Muchas de las personas con ambas formas de agorafobia y con fobias específicas, acudieron en de-

manda de ayuda a los curanderos, a los naturistas, a los sacerdotes y a los ministros religiosos. Lo más notable es que las personas con fobias específicas, a los que menos acudieron en busca de ayuda fue a los especialistas en salud mental.

Discusión

Al igual que en otros estudios epidemiológicos (7, 17), se encontró que las personas con trastornos de ansiedad fóbica tenían predominantemente un menor nivel socioeconómico y de escolaridad, eran divorciadas, separadas o viudas.

CUADRO 8
Prevalencia de los síntomas de Fobia Social

	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Miedo intenso a:	<i>n</i> = 20266	<i>n</i> = 48647	<i>n</i> = 68913
hablar en público	88.5	80.5	82.9
acudir al baño fuera del hogar	7.5	31.6	24.5
comer o beber en público	22.7	19.8	20.6
hablar con otras personas	65.1	88.9	81.9
escribir mientras alguien le mira	25.2	48.5	41.6
hablar frente a un grupo	22.2	50.8	42.4

La "n" en ambos sexos y total es en valores expandidos.

CUADRO 9
La búsqueda de ayuda por uno y otro sexo

<i>Trastorno de ansiedad</i>	<i>Hombres (%)</i>	<i>Mujeres (%)</i>	<i>Razón por sexo</i>
Agorafobia	12.3	35.9	2.9
Agorafobia simple	26.7	33.2	1.2
Fobia específica	13.2	20.1	1.5
Fobia social	7.5	13.8	1.8

Porcentajes obtenidos del número de sujetos de uno y otro sexo en cada entidad diagnóstica

Los resultados obtenidos en otros estudios deben compararse con cautela, tomando en cuenta los diferentes criterios diagnósticos de las clasificaciones, y los diferentes instrumentos diagnósticos utilizados. De acuerdo con el criterio del DSM-III (2) y del DSM-III-R (3), la agorafobia requiere del miedo manifiesto y de la conducta de evitación ante alguna de las situaciones consideradas, mientras que en la CIE-10 (19) y en el DSM-IV (1) se requiere de dos o más de estas situaciones. En los estudios de la ECA, llevados a cabo de acuerdo con el DSM-III, la prevalencia durante toda la vida fue de 5.2% (20); en Puerto Rico fue de 6.9% (7), mientras que en Nueva Zelanda fue de 3.8% (14). En los de la NCS, que utilizó el criterio del DSM-III-R, la prevalencia durante la vida fue de 6.7% (17) y, recientemente, en Fresno, California, un estudio en población de origen mexicano encontró una prevalencia durante la vida de 7.8%, aunque hizo notar que la frecuencia del trastorno fue menor —3.0%— entre los que habían inmigrado recientemente (24). Por otra parte, los estudios que se hicieron en Chile encontraron que las prevalencias durante la vida eran de entre 7.9 y 13.3% (21,25). En el presente estudio, juntando las dos definiciones operacionales de agorafobia, la estimación de la prevalencia durante la vida fue de 4.6%, y de 2.6% en el último año, que se ubican cerca del rango inferior reportado en los otros estudios.

Con base en los datos presentados en este trabajo, las dos definiciones operacionales de agorafobia identificaron con características muy similares a las personas afectadas, difiriendo sólo ligeramente en la edad

de inicio, la cual, a su vez, las distinguió claramente de las que tenían fobia social o fobias específicas, las cuales empezaron a más temprana edad. En este sentido, los resultados obtenidos en la ciudad de México son semejantes a los encontrados en el estudio de comorbilidad de los Estados Unidos, en los que se empleó el DSM-III-R, y en donde la edad promedio a la que se inició la agorafobia fue de 29 años, pero con tendencia a presentarse más tempranamente entre los grupos más jóvenes (17). Otro aspecto, interesante es que, de acuerdo con las tres diferentes categorías diagnósticas, en las personas a las que les afectaba una sola situación fóbica, fue considerablemente superior la proporción que padecía agorafobia —casi 50%. Además, en otro informe de esta misma investigación (8) se encontró que la proporción de sujetos con agorafobia, en cualquiera de sus dos definiciones operacionales, tuvo una comorbilidad semejante. Finalmente, en ambas formas de agorafobia una proporción similar de las personas afectadas buscó ayuda, siendo considerablemente superior que la que la buscó debido a los otros trastornos fóbicos. Por lo tanto, en esta aproximación inicial los resultados de nuestro estudio sugieren que las personas diagnosticadas con “agorafobia simple”, iniciada en dos edades pico (14), se asemejan más a las que padecen del espectro de la agorafobia que a las que tienen fobias específicas, lo cual es un hallazgo que amerita un estudio más detallado en el que se incorporen al análisis otras variables registradas en esta investigación.

La prevalencia de 2.6% de fobia social a lo largo de la vida, encontrada en nuestro estudio, fue considerablemente menor que la de 13.3% encontrada con la DSM-III-R, en la NCS de los Estados Unidos (16,17), y con la de 16% que se encontró en otro estudio llevado a cabo en Europa (25); no obstante, es similar a la estimación de 2.8% obtenida en los estudios de las Áreas de Captación Epidemiológicas (ECA) de los Estados Unidos (20) y a la de 3.9% obtenida en Nueva Zelanda (14), aunque en estos estudios se exploraron sólo tres de las seis situaciones fóbicas incluidas en la NCS (17), y en nuestra investigación: comer en público, hablar con otras personas y hablar en público.

Se ha descrito que la fobia social empieza en la adolescencia (5,6,13,22), pero de acuerdo con los datos obtenidos en la ciudad de México, esta observación sólo

CUADRO 10
Frecuencia (%) con la que buscan ayuda específica para los trastornos de ansiedad fóbica

<i>Proveedores</i>	<i>Agorafobia</i>	<i>Agorafobia simple</i>	<i>Fobia específica</i>	<i>Fobia social</i>
Médicos no psiquiatras	18.9	19.2	9.2	7.1
Esp. Salud Mental	17.8	9.0	2.9	6.5
Homeópatas y Quiroprácticos	---	2.6	4.2	---
Sacerdotes, Ministros	9.4	11.8	7.8	2.2
Naturistas, Curanderos	13.4	11.9	9.1	0.5

Porcentajes obtenidos del número de sujetos en cada entidad diagnóstica.

se refiere, de manera general, al sexo masculino, ya que en las mujeres, la edad promedio a la que empezó fue entre los 24 y los 26 años, y les produjo más discapacidad y un mayor número de situaciones que les producían ansiedad. Los estudios clínicos han propuesto distinguir tres subtipos del trastorno con base en el número y el tipo de situaciones que genera la ansiedad (26). En este sentido, los resultados indican que la forma generalizada, en la que hay tres o más situaciones sociales que generan ansiedad, fue más frecuente en las mujeres, y que, en promedio, empieza más tardíamente. La exploración pormenorizada de este hallazgo requiere de análisis detallados que rebasan los propósitos de este trabajo. Sin embargo, es probable que en las mujeres tarde más en reconocerse este trastorno porque debido a la organización social y cultural ellas no se ven expuestas tan pronto a estas situaciones sociales, mientras que a ellos se les exige interactuar prematuramente en el ambiente social. Todos los estudios (6,13,17,23,26) coinciden en señalar que la fobia social se presenta enmascarada, y se le considera socialmente como timidez, que cultural y socialmente es mejor aceptada en las mujeres que en los hombres en este país. Por otra parte, en los estudios también se ha hecho notar cómo influye este trastorno en la calidad de vida de las personas afectadas, cuyos mayores impedimentos se manifiestan como problemas emocionales, en su funcionamiento social y en su vitalidad, que alteran las relaciones del sujeto con su pareja y con su familia, y le impiden alcanzar un mejor nivel educativo, y desarrollarse profesional y laboralmente (27), lo cual corrobora claramente las características sociodemográficas y clínicas de las personas afectadas en nuestra población.

Otro de los problemas es la apatía de los pacientes para buscar ayuda para este trastorno. Los estudios en la comunidad indican que sólo 5% de los sujetos acuden al médico por este motivo, aunque la demanda de atención es mayor cuando se presenta junto con otra enfermedad que sí creen que amerita consultar al médico (13,17,22). En el presente estudio la fobia social fue el trastorno que menos consultas motivó. No obstante, éstas se hicieron principalmente a los médicos y a los profesionistas de la salud mental.

Al comparar los resultados de nuestro estudio con los de otros trabajos se encontraron semejanzas y diferencias en las fobias específicas. Según la NCS, la fobia más frecuente de las mujeres fue a los animales, mientras que en los hombres fue a las alturas (12). En la ciudad de México también encontramos que la fobia a los animales fue la más frecuente, y afectó de manera similar a hombres y mujeres, mientras que las fobias a las alturas y a los espacios cerrados alcanzaron una mayor prevalencia entre las mujeres. Otra similitud con los hallazgos reportados en los Estados Unidos fue que en la NCS 24.2% de las personas con este tipo de trastorno, tenían solamente una fobia específica. En el pre-

sente estudio se encontró que una proporción similar de la población que padece fobias específicas (28.1%) indicó tener sólo una, mientras que 61.4% dijo tener tres o más. Finalmente, y de manera semejante a lo encontrado en la NCS (17), menos de la quinta parte de las personas que tenían fobias específicas buscaron ayuda, y en nuestro estudio sólo 3% acudió a los especialistas en salud mental.

Según se ha podido apreciar, el estudio acucioso de los trastornos de ansiedad fóbica constituye un reto apenas explorado, y del cual surgen diversas líneas de trabajo tanto para la investigación epidemiológica como para la práctica clínica. A partir de la presente investigación y de la extensa información recabada en la encuesta (9), se puede profundizar en los análisis señalados en los párrafos anteriores, y se pueden explorar otras hipótesis. Por ejemplo, Curtis y colaboradores (12) encontraron que mientras mayor fuera el número de situaciones a las que se temiera, más se relacionaban con otros trastornos de ansiedad, principalmente con agorafobia y fobia social. También encontraron que había relación entre este trastorno y los antecedentes de depresión, ansiedad generalizada, dependencia a las drogas y personalidad antisocial en los padres. De esta forma, los autores concluyeron que el número de situaciones a las que se temiera podría indicar la predisposición del paciente a desarrollar alguna psicopatología. Por otra parte, en sus estudios en gemelas, Kender y cols. (15), encontraron que aparentemente, en las fobias, en general, los factores específicos del ambiente del individuo y su historia personal, constituyen un mayor riesgo para desarrollar estos trastornos, a diferencia de lo observado en la depresión mayor y en la ansiedad generalizada.

En conclusión, los resultados hasta ahora generados por este estudio, que concuerdan con otras investigaciones, señalan: 1) que los trastornos por ansiedad fóbica favorecen el desarrollo de psicopatología; 2) que deben detectarse y tratarse oportunamente en virtud de su cronicidad, su elevada comorbilidad y sus graves consecuencias para la calidad de vida de las personas afectadas; 3) que la fobia social y las fobias específicas son de especial interés porque, en promedio, aparecen a edades más tempranas, por lo que constituyen condiciones psicopatológicas nucleares a las que, hasta la fecha, no se les ha prestado la debida atención; 4) que se requieren estudios en la población infantil y adolescente acerca de estos trastornos y de las conductas y los síntomas tempranos que permitan identificar a los sujetos con mayor riesgo de presentar estas fobias.

Agradecimientos

Este estudio fue financiado por CONACYT proyecto número 2077-H9302.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición, Washington, 1994.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Tercer edición, Washington, 1980.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Tercer edición revisada, Washington, 1987.
4. ANGST J, VOLLRATH M: The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 84:446-452, 1991.
5. BALLENGER JC, DAVIDSON JRT, LECRUBIER Y, NUTT DJ, BOBES J, BEIDEL DC, ONO Y, WESTENBERG HGM: Consensus statement on social anxiety disorder from the International Concensus Group on Depression and Anxiety. *J Clinical Psychiatry*, 59(supl. 17):54-60, 1998.
6. BEIDEL DC: Social anxiety disorder: etiology and early clinical presentation. *J Clinical Psychiatry*, 59(supl. 17):27-31, 1998.
7. CANINO GJ, BIRD HR, SHROUT PE, RUBIO-STIPEC M, BRAVO M, MARTINEZ R, SESMAN M, GUEVARA LM: The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives General Psychiatry*, 44:727-735, 1987.
8. CARAVEO AJ, COLMENARES BE, SALDIVAR HG: Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad durante la vida. *Salud Mental*, 22(Número especial, diciembre), 1999.
9. CARAVEO AJ, MARTINEZ N, RIVERA E: Un modelo para estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. *Salud Mental*, 21(1):48-57, 1998.
10. CARAVEO AJ, MEDINA-MORA ME, RASCON ML, VILLATORO J, MARTINEZ VA, GOMEZ M: La prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*, 19(3):14-21, 1996.
11. CARAVEO AJ, RAMOS L, GONZALEZ FC: Alteraciones psiquiátricas agudas en una muestra de damnificados por los terremotos en la ciudad de México. Lima B, Gaviria M (eds.) *Consecuencias Psicosociales de los Desastres: la Experiencia Latinoamericana*. Centro de la Familia Hispánica, 63-84, Chicago, 1989.
12. CURTIS GC, MAGEE WJ, EATON WW, WITTCHEN HU, KESSLER RC: Specific fears and phobias. *British J Psychiatry*, 173:212-217, 1998.
13. DAVIDSON JRT, HUGHES DL, GEORGE LK, BLAZER DG: The epidemiology of social phobia: findings from the duke epidemiological catchment area study. *Psychological Medicine*, 23:709-718, 1993.
14. JOYCE PR, BUSHNELL JA, OAKLEY-BROWNE MA, WELLS E, HORNBLow AR: The epidemiology of panic symptomatology and agoraphobic avoidance. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4):302-312, 1989.
15. KENDLER KS, WALTERS EE, NEALE MC, KESSLER RC, HEATH AC, EAVES LJ: The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. *Archives General Psychiatry*, 52:374-383, 1995.
16. KESSLER RC, MCGONAGLE KA, ZHAO S, NELSON CB, HUGHES M, ESHIEMAN S, WITTCHEN HU, KENDLER KS: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 51:8-19, 1994.
17. MAGEE WJ, EATON WW, WITTCHEN HU, MCGONAGLE KA, KESSLER RC: Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives General Psychiatry*, 53:159-168, 1996.
18. MURRAY CJL, LOPEZ AD: *The Global Burden of Disease*. Resumen. Harvard School of Public Health, World Health Organization, World Bank. Harvard University Press, Boston, 1996.
19. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación*. Madrid, 1993.
20. REGIER DA, RAE DS, NARROW WE, KAELEBER CT, SCHATZBERG AF: Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Psychiatry*, 173(supl. 34):24-28, 1998.
21. RIOSECO P, ESCOBAR B, VICENTE B, VIELMA M, SALDIVIA S, CRUZAT M, MEDINA E, CORDERO ML, VICENTE M: Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Santiago (Chile). *Revista Psiquiatría (Chile)*, IX(4):186-193, 1994.
22. SCHNEIER FR, JOHNSON J, HORNIG C, LIEBOWITZ M, WEISSMAN MM: Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Archives General Psychiatry*, 49:282-288, 1992.
23. VEGA WA, KOLODY B, AGUILAR-GAXIOLA S, ALDERETE E, CATALANO R, CARAVEO-ANDUAGA J: Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives General Psychiatry*, 55:771-778, 1998.
24. VICENTE B, RIOSECO P, VIELMA M, URIBE M, BOGGIANO G, TORRES S: Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Concepción. *Revista Psiquiatría (Chile)*. IX(1):1050-1060, 1992.
25. 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 using the Composite Diagnostic Interview (CIDI). *International J Methods Psychiatric Research*, 2:91-100, 1992.
26. WESTENBERG HGM: The nature of social anxiety disorder. *J Clinical Psychiatry*, 59(supl. 17):20-24, 1998.
27. WITTCHEN HU, BELOCH E: The impact of social phobia on quality of life. *Int Clin Psychopharmacol*, 11(supl. 3):15-23, 1996.
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Composite International Diagnostic Interview*, 1993.

DIRECTORIO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA RAMON DE LA FUENTE

- Dr. Ramón de la Fuente
Director Emérito
- Dr. Gerardo Heinze Martín
Director General
- Dr. Humberto Nicolini S.
Subdirector de Investigaciones Clínicas
- Dr. Augusto Fernández-Guardiola
Subdirector de Investigaciones en Neurociencias
- Dra. Ma. Elena Medina-Mora
Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales
- Dr. José García Marín
Director de Servicios Clínicos
- Dra. Blanca E. Vargas
Directora de Enseñanza