

11226



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.
UNIDAD ACADÉMICA
CENTRO DE SALUD T - III
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA
MÉXICO, DF.

**FOBIA SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA COHESIÓN Y
ADAPTABILIDAD EN LA FAMILIA.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. GERARDO ÁVALOS RODRÍGUEZ.

MÉXICO D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

FOBIA SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN LA FAMILIA.

CENTRO DE SALUD T - III "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL.

PRESENTA:

DR. GERARDO ÁVALOS RODRÍGUEZ.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Gerardo Avalos


Rodriguez

FECHA: 04/Marzo/2004.

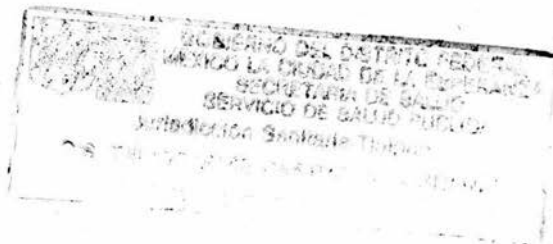
FIRMA: Avalos R.R.

AUTORIZACIONES.

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS.



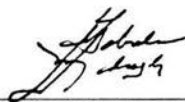
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR.
CENTRO DE SALUD T - III "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL.



FOBIA SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

ASESORES:

DRA. HILDA GABRIELA MADRIGAL DE LEON.



MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A LA CONSULTA EXTERNA
CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA

DR. E. RAÚL PONCE ROSAS.



PROFESOR TITULAR "A" TC
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.



**FOBIA SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA COHESIÓN Y
ADAPTABILIDAD FAMILIAR**

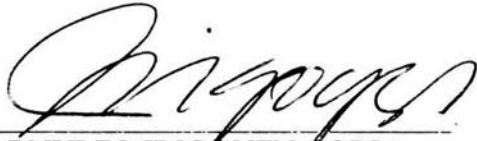
PRESENTA:

DR. GERARDO ÁVALOS RODRÍGUEZ.

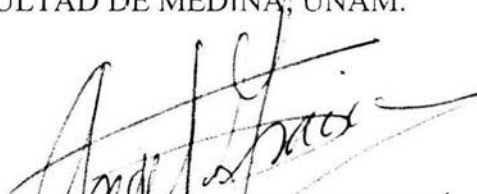
AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR:



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNANDEZ ORTEGA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA.
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.



DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

A mi hijo Rodrigo por permitirme la experiencia diaria de ser papá y por ser un estímulo más para vivir.

A mi esposa Salomé por todo el amor y la confianza que ha depositado en mí, por su amistad y comprensión por formar parte de mi vida y hacerla más bella.

A mis Padres y Hermanos porque con su esfuerzo, cariño, paciencia, respeto y apoyo me educaron e hicieron de mí el hombre que soy.

A Dios porque se que siempre lo encuentro cerca de mí cuando más le necesito, en mi hijo, en mi esposa, en mis padres y hermanos, en mis cuñados y cuñadas, en mis suegros, y en mis amigos, porque se que está en mí y en todo lo que me rodea.

AGRADECIMIENTOS.

A la Dra. H. Gabriela Madrigal de León por su enorme confianza,
por su gran apoyo y por ser una Excelente persona
que siempre estuvo cerca de mí apoyandome.

Al Dr. Raúl Ponce por su paciencia, y por todo el apoyo
a través de sus asesorías.

A la Dra. Silvia Landgrave por su ayuda en aspectos
Bibliohermerográficos.

A los todos los doctores y profesores por las enseñanzas
en mi formación como especialista.

A los pacientes que me permitieron otorgarles mi atención
y aprender de ellos.

A mi Universidad y a los SSPDF por brindarme la oportunidad
de hacer la residencia y superarme.

A todos mis compañeros residentes porque también
intervinieron en mi formación.

A todas aquellas personas que han cruzado sus caminos con el mío
de manera importante, y que me han brindado su apoyo.

FOBIA SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN:

La fobia social (FS) conocida también como trastorno de ansiedad social es definida por el DSM IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders – fourth edition), como el miedo a ser observado y evaluado por otros, un marcado y persistente temor irracional ante una o varias situaciones sociales en las que la persona que padece este problema se expone a gente no familiar o a una evaluación por los demás. Las fobias son trastornos mentales comunes, sin embargo a pesar de ello se sabe que un gran porcentaje de personas fóbicas no buscan ayuda médica, o están mal diagnosticadas, cuando esto último no ocurre es cuando acuden a las consultas psiquiátricas o las de medicina general y es en poca frecuencia.

La fobia social es un padecimiento importante desde el punto de vista de la medicina familiar ya que este puede ocasionar una gran disfunción en la vida de los individuos que la padecen, es incapacitante, y su tratamiento y rehabilitación pueden ser muy tardados, ya que se necesitan tratamiento médico y terapia cognitivo conductual

TIPO DE ESTUDIO: Observacional, descriptivo, transversal.

OBJETIVO: Identificar si existe alguna relación entre la fobia social y la cohesión y la adaptabilidad en la familia.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO: Realizado en el Centro de salud Dr. José Castro Villagrana, de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal en la Ciudad de México, a los pacientes que acudieron a solicitar alguno de los servicios que en el se otorgan, de Enero del 2003 a Mayo del 2003.

MUESTRA: La muestra de estudio se calculó con un nivel de confianza de 95%, precisión (error) de 8% y variabilidad p, q de 0.5 por cada una.³⁷ La muestra mínima de estudio fue de 150 personas.

VARIABLES: Se estudiaron 75 variables, divididas en 3 secciones: Ficha de identificación 7 variables, Liebowitz 48 variables, FACES III 20 variables, se anexa el instrumento integrado (anexo1).

MATERIAL Y METODOS: Se llevó a cabo la realización de encuestas mediante la aplicación de dos instrumentos el primero FACES III para medir la cohesión y adaptabilidad familiar y el segundo Escala de Liebowitz para detección de fobia social, esto aunado a la primera sección de la encuesta enfocada a la obtención de datos demográficos sobre la familia del encuestado, el investigador responsable aplicó las encuestas abordando a los pacientes en las salas de espera del centro de salud Dr. José Castro Villagrana; los pacientes fueron abordados mediante una invitación para participar de manera voluntaria, y a aquellos que respondieron de manera positiva se les leyó la presentación y se les aplicó la encuesta mediante la técnica de entrevista dirigida; a los pacientes que no aceptaron se les excluyó del estudio.

RESULTADOS: Se aplicaron 150 encuestas a través de las cuales se obtuvo información demográfica de 653 personas, de las que el promedio de edad fue de 31.8 años de edad, la escolaridad de la población fue de 10.5 años, con un rango de entre 1 a 21 años.

Respecto al tipo de familia, la nuclear predominó con el 70%, seguida de la extensa con 16% y la extensa compuesta con 14%. Se encontró que el 58.7 % de las familias se encontraban en la de dispersión, el 17.3% en independencia, y el 9.3% en expansión.

En lo referente a la clasificación de las familias con respecto a la puntuación de cohesión, se encontró que de las 150 familias 20% eran no relacionadas, 37.3% semirrelacionadas, 30.7% relacionadas, 12% aglutinadas.

Respecto a la cohesión según familias extremas o balanceadas, se encontró que: 48 (32%) eran extremas, y 102 (68%) eran balanceadas figura 5.

En cuanto a la clasificación de las familias con respecto a la puntuación de adaptabilidad se encontró que de las 150 familias, 7.3% eran caóticas, 15.3% eran flexibles, 32.7% estructuradas, y 44.7% rígidas figura 6.

Respecto a la adaptabilidad según familias extremas o balanceadas, se encontró que 78 (52%) eran extremas, y 72 (48%) eran balanceadas.

En cuanto a temor, la media correspondió a 14.45 puntos con un rango de los 0 a 60 puntos y una desviación estándar de 11.

Respecto a evitación los resultados fueron, promedio de 13.4, rango de 0 a 49 puntos y desviación estándar de 10.8 En lo que respecta a la puntuación final obtenida en Liebowitz, se encontró que el promedio fue de 27.9, con un rango de 0 a 89 y una desviación estándar de 20.6.

En cuanto a la clasificación según la escala e Liebowitz los resultados fueron: Sin fobia social 86.7% con fobia social leve 6%, con fobia social moderada 4% y con fobia social severa 3.3%.

CONCLUSIÓN:

El trastorno de ansiedad social como también se le conoce a la FS, a pesar de que en algunos otros trabajos se le menciona como probablemente relacionado con el entorno familiar, en el presente estudio no se le encontró así, la cohesión y la adaptabilidad familiar no influyen o no son un evento que influya en la presentación de la fobia social, con lo cual se cumple el principal objetivo del presente trabajo que era identificar si existía alguna relación de la cohesión y adaptabilidad familiar con la fobia social.

En lo referente a la frecuencia de la Fobia social se encontró un 13.3% de esta, y que difiere con lo mencionado por Caraveo y colaboradores en otro estudio hecho en México en el año 2000; y que nos habla un poco de la magnitud del problema cuando menos en el centro de salud donde se desarrollo el presente trabajo. Este estudio y sus resultados representan el primer acercamiento de investigación de estudios de fobia social quizás sea conveniente que el tema de investigación sea continuado y se profundice más en su marco metodológico con mayor rigor en su diseño de investigación.

En lo que respecta a la identificación de familias con alteraciones en la cohesión y adaptabilidad (familias extremas) se encontró que en cuanto a cohesión el 32 % de familias eran extremas y en adaptabilidad el 52 % de familias también extremas lo que hace pensar en que sin generalizar exista un alto índice de alteraciones en la cohesión y adaptabilidad familiar en la población estudiada y que quizás muchas de estas situaciones pasen desapercibidas y que talvez requieran ser detectadas y solucionadas para tener familias sanas (balanceadas).

PALABRAS CLAVE: Fobia social, familia, cohesión, adaptabilidad, ansiedad, medicina familiar.

SOCIAL PHOBIA AND THEIR RELATIONSHIP WITH THE COHESION AND FAMILY ADAPTABILITY.

SUMMARY

INTRODUCTION.

The social phobia also like social disorder anxiety defined for the DSM IV like the fear to be observed and evaluated by another, a marked and persistent irrational fear in the face of an or several social situations in which the person that suffers this problem is exposed people not family or to an evaluation for the others. The phobias are mental common disorders, however in spite of it is known that a great percentage of people phobic doesn't look for medical help, or they are diagnosed wrong, when this last you/he/she/it don't happen are when they go the consultations psychiatrics or to those of general medicine and he/she/it/you is in little frequency.

The social phobia is an important suffering from the point of view of the family medicine since this could occasion a great dysfunction in the life of the individuals that suffers it, it is incapacitated and their treatment and rehabilitation could be very taken, since they are needed medical treatment and therapy cognitive conduct.

Type of study: descriptive, observational, traverse.

Objective: Identify if you/he/she/it exist any relationship between the social phobia and the cohesion and adaptability in the family.

Population, place and time: Carried out in the center of health Dr José Castro Villagrana, of the services of public health of the Federal District in Mexico City, to the patients that came to request some of the services that they in they are granted, of January of the 2003 to May of the 2003

Sample: the sample of study was calculated with a level of trust of 95%, precision (error) 5% and p variability. q of 0.5 for each a. The minimum sample of study 150 people.

Variables: 75 variables were studied, divided in 3 sections: record of identification 7 variables, Liebowitz 48 variables, III FACES 20 variables, annexed the integrated instrument (annex 1).

Material and methods: the realization of surveys by means of the application of two instruments was carried out the first III FACES in order to measure the cohesion and family adaptability and the second scale of Liebowitz for detection of social phobia, this joined to the first section of the survey focused to the obtaining of demographic data on the family of the interviewed, the responsible investigator applied the surveys approaching the patients in rooms of expect from the center of health Dr. José Castro Villagrana, the patients were approached by means of an invitation in order to participate from voluntary way and to those that responded them from positive way read the presentation and applied them the survey by means of the technique of directed interview, to the patients that didn't accept them excluded of the study.

Results: 150 surveys were applied through which demographic information of 653 people was obtained, of which the average of age 31.8 old years, the scholarship of the population of 10.5 years with a range of between 1 to 21 years.

Concerning type of family the nuclear prevailed with the 70%, followed by the extensive with 16% and the extensive compound with 14%. He/she/it/you was that the 58.7% they of the families were in phase of dispersion the 17.3% in independence and the 9.3% in the stage of expansion.

He/she/it/you regarding the classification with regard to the punctuation of cohesion was that of the 150 families the 20% they were not related, 37.3% semi related, 30.7% related, 12% agglutinated.

He/she/it/you concerning the cohesion according to extreme or balanced families was that 48 (32%) they were extreme, 102 (68%) they were balanced.

As for the classification of the families with regard to the punctuation of adaptability was that of the 150 families 7.3% they were chaotic, 15.3% they were flexible, 32.7% structured and 44.7% rigid.

Concerning the adaptability according to extreme or balanced families, was that 78 (52%) they were extreme and 72 (48%) they were balanced.

As for fear, the stocking corresponded to 14.45 points with a range give them 0 to 60 points and a standard deviation of 11.

Concerning to avoid the results were, average of 13.4 points range of 0 to 49 points and standard deviation of 10.8. Regarding the final punctuation obtained in Liebowitz, was that the average of 27.9, with a range of 0 to 89 points and a standard deviation of 20.6.

As for the classification according to the scale of Liebowitz the results were: Without phobia 86.7%, with social light phobia 6%, with social moderate phobia 4% and with social severe phobia 3.3%

Conclusions: The disorder of social anxiety as well as knows to the social phobia, in spite of the fact that in some other works mentions you like probably related with the family environment, presently study didn't find you so, the cohesion and the family adaptability doesn't influence or is not an event that influences in the presentation of the social phobia, with which the main objective of the present is completed work that was identify if I/he/she/it/you existed any relationship of the cohesion and family adaptability with the social phobia.

It regarding the frequency of the social phobia was a 13.3% of this, and that you/he/she/it differ with him mentioned by Caraveo and collaborators in another done study in Mexico in the year 2000; and that you/he/she/it talk about us a little of the magnitude of the problem at least in the center of health where I am developed the present work. This study and their results represent the first approach of studies of investigation of social phobia. I/he/she/it/you maybe am convenient that the topic of the work is continued and is deepened more in their frame methodology with old rigor in their design of investigation.

In relation to the identification of families with alterations in the cohesion and adaptability (extreme families) were that as for the cohesion the 32% they of the families were extreme and in adaptability 52% of the families also extreme what you/he/she/it make think that without generalizing exists a high index of alterations in the cohesion and family adaptability in the studied population and that maybe many of these situations pass unnoticed and that they perhaps require be detected and solved in order to have healthy families (balanced).

Key words: social Phobia, cohesion, adaptability, anxiety, family, family medicine.

INDICE:

1. Marco Teórico.	1
1.1. Antecedentes.	1
1.1.1. Definición.	1
1.1.2. Clasificación.	1
1.1.3. Epidemiología.	2
1.1.3.1. Fobia social en adolescentes y población infantil.	3
1.1.4. Factores que se relacionan con el padecimiento.	3
1.1.4.1. Factores genéticos.	3
1.1.4.2. Factores familiares.	3
1.1.4.3. Teorías etiopatogénicas	4
1.1.5. Comorbilidad.	4
1.1.6. Cuadro clínico y diagnóstico.	4
1.1.7. Instrumentos de tamizaje (escalas de medición de fobia social).	5
1.1.8. Diagnóstico diferencial.	6
1.1.9. Tratamientos.	7
1.1.10. Familia y fobia social.	8
1.1.11. FACES III. Historia y desarrollo.	9
1.2. Planteamiento del problema.	10
1.3. Justificación.	11
1.4. Objetivos.	11
1.4.1. General.	11
1.4.2. Específicos.	11
2. Material y métodos.	12
2.1. Tipo de estudio.	12
2.2. Diseño del estudio.	12
2.3. Población, lugar y tiempo (ubicación temporal y espacial).	12
2.4. Muestra.	12
2.4.1. Tamaño de la muestra.	12
2.5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	13
2.5.1. Criterios de inclusión.	13
2.5.2. Criterios de exclusión.	13

2.5.3. Criterios de eliminación.	13
2.6. Variables. (tipo y escala de medición).	13
2.7. Definición conceptual y operativa de las variables.	13
2.8. Diseño estadístico.	17
2.9. Instrumentos de recolección de datos.	18
2.10. Método de recolección de datos.	18
2.11. Maniobras para evitar o controlar sesgos.	18
2.12. Prueba piloto.	18
2.13. Procedimientos estadísticos.	19
2.13.1. Plan de tabulación y almacenamiento de datos.	19
2.13.2. Diseño y construcción de la base de datos.	19
2.13.3. Análisis estadístico de los datos.	23
2.14. Cronograma.	24
2.15. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.	24
2.16. Consideraciones éticas.	24
3. Resultados.	25
3.1. Datos de las familias.	25
3.1.1. Datos demográficos.	25
3.1.1.1. Edad de los integrantes de la familia.	25
3.1.1.2. Escolaridad.	26
3.1.1.3. Ocupación de los integrantes de la familia.	27
3.1.1.4. Numero de integrantes de la familia.	27
3.1.2. Datos de estudio de familia.	28
3.1.2.1. Tipología de las familias estudiadas.	28
3.1.2.2. Ciclo de vida de las familias.	28
3.1.2.3. Parentescos en la familia.	28
3.2. Resultados de fobia social y la cohesión y adaptabilidad familiar.	28
3.2.1. Edad.	28
3.2.2. Escolaridad.	28
3.2.3. Sexo.	29
3.2.4. Estado civil.	29
3.2.5. Ocupación de la población encuestada.	29
3.2.6. Cohesión.	30
3.2.6.1. Puntuación en cohesión.	30

3.2.6.2. Cohesión según familias aglutinadas, relacionadas, semirrelacionadas, y no relacionadas.	30
3.2.6.3. Cohesión según familias extremas y balanceadas.	31
3.2.7. Adaptabilidad.	31
3.2.7.1. Puntuación en adaptabilidad.	31
3.2.7.2. Adaptabilidad de acuerdo a familias caóticas, flexibles, estructuradas, y rígidas.	31
3.2.7.3. Adaptabilidad según familias extremas y balanceadas.	32
3.3. Resultados de la evaluación de Liebowitz	32
3.3.1. Temor.	32
3.3.2. Evitación.	32
3.3.3. Puntuación final en Liebowitz.	32
3.3.4. Liebowitz según: sin fobia social, fobia social leve, moderada y severa.	33
3.4. Resultados de ji cuadrada y coeficiente fi de asociación.	33
4. Discusión.	34
4.1. Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la medicina familiar.	35
5. Conclusiones.	36
6. Referencias.	37
7. Anexos.	41

FOBIA SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN LA FAMILIA.

1. MARCO TEÓRICO.

1.1. ANTECEDENTES.

1.1.1. DEFINICIÓN.

La fobia social (FS) conocida también como trastorno de ansiedad social es definida por el DSM IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders – fourth edition), como el miedo a ser observado y evaluado por otros, un marcado y persistente temor irracional ante una o varias situaciones sociales en las que la persona que padece este problema se expone a gente no familiar o a una evaluación por los demás.^{1-3,5-7,10-15} Existen otras definiciones que comentan como dato importante la preocupación por parecer vergonzoso, tonto, inepto, y hasta estúpido en presencia de los demás.¹³ Al parecer este tipo de individuos sufren introversión pues creen que su forma de actuar, caminar, hablar o su actividad social es la atracción o el principal foco de atención. En ciertas situaciones sociales las personas con este problema son muy temerosas, y retraídas, en comparación con las demás.¹ Los individuos con fobia social tienen un miedo excesivo a la humillación, a la turbación en diferentes escenas sociales como hablar en público, orinar en un cuarto de baño público y hablar en una cita o en una reunión.² La ansiedad social también puede definirse por otros rasgos que presentan las personas que padecen este problema, y como dichos pacientes cursan con ansiedad en el momento de la situación social (taquicardia, sudoración profusa, sequedad de boca, temblor, incapacidad para recordar en ese momento algunas cosas), algunos tienden a evitarlo, desarrollando un trastorno de evitación, con lo que comúnmente se confunde el diagnóstico.

1.1.2. CLASIFICACIÓN.

Clínicamente se han identificado 3 subtipos de este trastorno: El trastorno de ansiedad social generalizado (fobia social generalizada), el trastorno de ansiedad social no generalizado (fobia social no generalizada), y la fobia a hablar en público.^{1-3, 6,13} Existen otros autores que clasifican esta patología en las que únicamente se dice que existe fobia social generalizada y la no generalizada.

El trastorno de ansiedad generalizado es el que más discapacidad ocasiona, y puede utilizarse la especificación si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales; dentro de las manifestaciones más comunes que presentan los pacientes con este tipo de problema están: un incremento importante de ansiedad cuando el paciente se expone a situaciones u objetos específicos, tanto que en ocasiones los llega a anticipar. Las múltiples manifestaciones se convierten en criterios diagnósticos como los del DSM IV de atención primaria, por ejemplo:

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo e irracional desencadenado ante una situación social o actuación en público en las que el individuo se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar, o a la posible evaluación por los demás, como exponer una clase. En los individuos menores necesita durar cuando menos 6 meses el cuadro sintomático.

- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, La persona reconoce que el temor es excesivo o irracional, y las situaciones sociales se evitan o bien se experimentan con ansiedad intensa.
- C. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la situación interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) y sociales, o bien producen un malestar significativo.

La fobia a hablar en público es únicamente ante tal situación, por lo que el individuo puede ser muy sociable pero no puede hablar en público, por lo que la mayoría de las personas con este padecimiento tienden a evitar dicha situación.

1.1.3. EPIDEMIOLOGÍA.

La revisión de la historia natural pasada y presente de la fobia social, muestra la existencia de continuos cambios en su evolución y modificaciones modernas en su conceptualización. Las fobias son trastornos mentales comunes, sin embargo a pesar de ello se sabe que un gran porcentaje de personas fóbicas no buscan ayuda médica, o están mal diagnosticadas, cuando esto último no ocurre es cuando acuden a las consultas psiquiátricas o las de medicina general y es en poca frecuencia.¹⁴

Se dice que la prevalencia a lo largo de la vida para la fobia específica es de 11 %, mientras que para la fobia social es de 3 a 13%.² Esto habla de que parece ser una enfermedad poco frecuente, sin embargo existe una gran variedad de datos en cuanto a la epidemiología, por la misma razón de que no se diagnostica de manera adecuada. Otros autores determinan una prevalencia de 9.5% en mujeres y 4.9% en hombres,⁴ considerando también que la edad de mayor prevalencia es de los 14 a los 24 años. Existen datos que dicen que la fobia social tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 7%, otros más hablan de un 10 al 15%.^{1-3,6}

Cabe mencionar que la variación en cuanto a los datos estadísticos también se puede deber a las poblaciones que han sido estudiadas, y a los criterios diagnósticos que se usen.⁶

Existen diversos datos de poblaciones que hablan por ejemplo de prevalencias de 2.5% en Munich, 1.7% en Edmonton, 3.2 % en Zurich, 3.9% en Nueva Zelanda lo cual apoya más el comentario anterior.¹²

En un estudio realizado en la ciudad de México con 1932 sujetos de 18 a 65 años de edad, la prevalencia fue de 2.6% y de éstos solo el 11.4% solicitó ayuda a profesionales de la salud.¹⁴ En Nueva Zelanda por ejemplo se habla de que en 1989 la prevalencia fue de 3.8% y en Estados Unidos fue de 13.3%,^{6, 12} lo cual ratifica la variabilidad de los datos epidemiológicos, sin embargo hay algo claro, que es el hecho de que la fobia social es más frecuente en mujeres que en hombres y que la edad de inicio más habitual es la adolescencia. Algunos otros datos señalan que la fobia social se asocia a menor grado escolar, nivel socioeconómico bajo, desempleo, la utilización de drogas y el abuso de alcohol.^{1, 3, 6, 12, 16, 18, 20, 23, 27}

1.1.3.1. FOBIA SOCIAL EN ADOLESCENTES Y POBLACIÓN INFANTIL.

Se ha propuesto y estudiado que la edad de inicio de la fobia social es a partir de la adolescencia, alrededor de los 12 años, sin embargo algunos autores mencionan que la fobia social puede presentar rasgos no muy característicos pero sí sugestivos desde los 8 años de edad, es un poco difícil de esclarecer estos datos ya que en la infancia aun no está bien definida la personalidad ni la capacidad de socialización de una persona, sin embargo esto no quiere decir que no pueda presentarse la FS desde la infancia.¹²

La FS tiene una duración en promedio de 40 años a lo largo de la vida, por lo que afecta a una persona en su etapa productiva que es una repercusión muy importante.

1.1.4. FACTORES QUE SE RELACIONAN CON EL PADECIMIENTO.

Aun no se han determinado las causas de la fobia social pero se cree que se encuentran involucrados factores biológicos, psicológicos y ambientales.³ Existen otros datos que hacen alusión a que la fobia social tiene como factores desencadenantes desde a) factores genéticos, b) factores del desarrollo c) factores familiares, y d) factores ambientales.⁵

1.1.4.1. FACTORES GENÉTICOS.

Se ha visto que los parientes de primer grado de las personas con fobia social tienen una probabilidad tres veces mayor de sufrir una fobia social, que los familiares de primer grado de las personas sin ningún trastorno mental y algunos datos preliminares indican que los gemelos monocigóticos suelen ser más concordantes que los dicigóticos, aunque en la fobia social es de particular importancia estudiar gemelos criados por separado, para controlar los factores medioambientales.^{3,6}

1.1.4.2. FACTORES FAMILIARES.

Algunos investigadores han descubierto una línea interesante de evidencias, al estudiar la inhibición conductual en niños, un estudio en niños de 18 meses de edad reveló, que reaccionaban de diversas formas cuando sus madres los metían dentro de un cuarto donde había otras personas, juegos y objetos. La sexta parte (15%) fue catalogada como muy exploratorios, otros (70%) fueron catalogados como algo exploratorios, y los restantes (15%) fueron tímidos y se retiraban. Al último grupo se le etiquetó de tener inhibición conductual, que parece ser una característica estable y que persiste durante la primera década de la vida; se observa con mayor frecuencia en los descendientes de adultos con trastorno de pánico. Así los niños comienzan a mostrar algunos signos sobre fobia social, específicamente si sus padres son también sobreprotectores. La vergüenza severa y quizás la fobia social generalizada podrían ser asociadas a la inhibición conductual, pero faltan estudios definitivos; si la característica es heredada, como parece ser probable, podría conferir una predisposición.⁶ Se ha visto también que la incidencia es mayor en familias que son muy apegadas a su círculo.⁵

Es importante mencionar que este problema puede ocasionar una disfuncionalidad en la familia que quizás no ha sido muy bien estudiado ni demostrado por lo que se vuelve aun más interesante esta patología para la medicina familiar.

1.1.4.3. TEORÍAS ETIOPATOGÉNICAS.

Existen teorías que explican como se adquiere la fobia social, una de ellas dice que la fobia podría ser de origen traumático, cuando una persona tiene una experiencia negativa, y quizás una respuesta de alarma ante una situación o encuentro social se convierte en pérdida de la confianza en sí mismo, esto conduce a la ansiedad y una pobre actuación en subsecuentes encuentros y gradualmente se progresa a la FS. Otra explicación hace alusión a que algunas personas también pueden tener un déficit de habilidades que les llevan a cometer errores o fallas ante una situación social. Se dice que los factores cognitivos aun cuando solamente sean un componente de ansiedad pueden afectar la autoconfianza directamente.⁶

En cuanto a los mecanismos biológicos, existen estudios que refieren que los pacientes con fobia social tienen más bajos los niveles de colina, creatinina y N- acetil aspartato, en regiones corticales y subcorticales del cerebro comparados con pacientes controles normales, y estos niveles fueron más bajos en la mayoría de los pacientes severamente afectados. Un estudio en donde se midió el putamen, una región del ganglio basal que se ha relacionado con la fisiopatología de los trastornos del humor, se encontró una mayor disminución del tamaño con la edad en los pacientes con fobia social, que en el grupo control de personas sanas.⁶

1.1.5. COMORBILIDAD.

En cuanto a la comorbilidad, se dice que un 58.3% de las personas con fobia social se relacionan con depresión mayor, un 27.8% se relaciona con trastornos de pánico, y un 30 % con ansiedad generalizada.¹ Se ha observado comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos tales como: trastornos de la alimentación, fobias simples, agorafobia, y abuso en el consumo de alcohol y drogas, pero ha sido en menor grado; sin embargo lo anterior nos hace alusión a que se trata de un problema grave, y si bien no existe una prevalencia alta, el hecho de asociarse ampliamente a otros padecimientos más frecuentes como el trastorno depresivo, constituye un reto diagnóstico y un riesgo de potencializar el malestar psíquico, por lo que algunos autores comentan que: el factor comorbilidad añadido a la severidad del trastorno, incrementa el riesgo de los intentos suicidas.^{3, 6, 12, 14}

Es importante señalar que la comorbilidad, puede ser una dificultad para el diagnóstico de la fobia social, ya que puede enmascarar el diagnóstico, o simplemente no se puede dar importancia al mismo.

1.1.6. CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO.

La ansiedad que surge en situaciones tan cotidianas de interacción social (caminar por la calle, comer, beber en espacios públicos, escribir o trabajar siendo observado, acudir a actividades de tipo recreativo y de convivencia como fiestas y reuniones) que se acompaña de síntomas somáticos agudos (taquicardia / palpitations, temblor, ruboración, agitación, diaforesis / sudoración, tensión muscular, sequedad de boca, náusea o cefalea, dificultad para respirar, urgencia miccional, sensación de vacío en el estómago) es la principal característica del cuadro clínico de la FS.^{3, 6, 20} El individuo con FS, presenta un miedo excesivo, y temor a perder el control y/ o un urgente deseo de huir del lugar, con frecuencia presentan ansiedad anticipatoria y una tendencia a la evitación de tales situaciones.

Para el diagnóstico la CIE 10 (clasificación internacional de las enfermedades, 10) y el DSMIV refieren algunos criterios para fobia social.^{6, 20,32}

CIE 10:

- Temor a ser el centro de atención y rehuir de esta situación, o temor a ser humillado sentir vergüenza en situaciones sociales y rechazo de estas situaciones.
- Los síntomas se limitan a la situación social temida o predominan en ésta.
- Los síntomas o el rechazo son reconocidos como irracionales y causan malestar.
- Síntomas de ansiedad no debidos a trastorno mental orgánico, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo o trastorno obsesivo compulsivo.

DSMIV:

- Temor a ser juzgado en una o más situaciones sociales o de ejecución.
- Reticencia a estar en ciertas situaciones o son realizadas con ansiedad o malestar.
- La exposición a la situación social temida casi siempre provoca ansiedad.
- Temor reconocido como excesivo e irracional.
- La reticencia o el malestar interfieren en el funcionamiento o existe malestar por sufrir fobia.
- No se debe a una enfermedad médica ni se explica mejor por otro trastorno psiquiátrico.

1.1.7. INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE (ESCALAS DE MEDICIÓN DE FOBIA SOCIAL).

Existe una serie de instrumentos o escalas útiles para medir la severidad de los síntomas, la respuesta al tratamiento y para el diagnóstico de la fobia social. Quizás una de las más satisfactorias sea el inventario de fobia social (SPIN), que consta de 17 reactivos que obtienen información de temor, la evitación y angustia fisiológica y se puede realizar en 2 o 3 minutos. Esta escala también es sensible a los efectos de tratamiento a través de tiempo.^{3,6}

La escala breve de fobia social (BSPS) es un instrumento similar en la estructura al SPIN, toma 10 minutos contestarla y su utilidad es mayor en cuanto a medir la respuesta al tratamiento.^{3, 6,26}

La escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS) es una escala de observador graduador, que contiene 24 preguntas acerca de situaciones sociales que ofrecen conflicto a los que sufren FS, entre estos reactivos algunos inciden en actividades ocupacionales, otros son una prueba de habilidad pericias y conocimientos e incluyen otras que operan ampliamente en encuentros con extraños o con ser el centro de atención. La LSAS, tiene una desventaja importante que es la de no contar con reactivos para evaluar síntomas fisiológicos de la FS, que a menudo son importantes clínicamente para este trastorno, sin embargo es muy útil, y sensible para esclarecer si la fobia social es de tipo generalizado o específica a ciertas situaciones como la de hablar en público.^{3, 6,30}

La escala de discapacidad de Shenan. Es una escala que fue desarrollada en respuesta a la carencia de correlación entre la severidad de síntomas psiquiátricos y el daño funcional.

Este instrumento mide el daño sobre una escala de 10 puntos, en tres esferas de la actividad de todos los días, y fue diseñada para ser usada como de auto aplicación o por un clínico y ha sido muy usada en los diversos tipos de fobia social.⁶

MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional.

La MINI es una entrevista de monitoreo diagnóstico brevemente estructurada y bien respaldada, explora los 15 ejes de los trastornos psiquiátricos, dentro de ellos depresión y fobia social, junto con un trastorno de personalidad antisocial y suicidio de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSMIV. El MINI examen de salud mental del paciente es una abreviación de la MINI que se concentra en 4 trastornos psiquiátricos que son comunes de encontrar en la práctica médica, está diseñado para usarse con facilidad por parte de los pacientes pues su aplicación no requiere más de 5 minutos, tiene una sensibilidad de .76 y una especificidad de .75 para FS cuando es auto aplicada, y de .81 de sensibilidad y .86 de especificidad cuando es aplicada por un clínico.³

1.1.8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Es raro que el diagnóstico de una fobia específica se haga directamente pues muy pocas personas buscan apoyo en el manejo de la misma, la mayoría tiene varias fobias o trastornos comórbidos. La ruborización es un síntoma físico pivote en la fobia social y distingue a esta de otros trastornos de ansiedad.

Uno de los problemas diagnósticos más difíciles, es distinguir la FS de la timidez normal, parece ser un problema cuantitativo en el sentido de que la fobia social es incapacitante y la timidez normal puede no serlo. Sin embargo muchas personas se distinguen así mismas como tímidos, algunos de ellos tendrán fobia social, ya que otros exhibirán las mismas características pero en menor grado lo cual no causa angustia o daño intensos.

Otro de los problemas diagnósticos en la FS, es la comorbilidad diversa que existe, por ejemplo un trastorno esquizoide de la personalidad puede presentar evitación de situaciones sociales debido a una falta de interés por relacionarse con los demás, el paciente con FS, evita las situaciones sociales también sin embargo la diferencia es que el FS no pierde el interés por las relaciones por lo menos familiares.

Algunos individuos con fobia social pueden experimentar empeoramiento de la ansiedad y los comportamientos de evitación cuando presentan una enfermedad médica o un trastorno mental capaz de provocar síntomas potencialmente embarazosos.

Dentro de los principales diagnósticos a diferenciar de la fobia social se encuentran otro tipo de fobias, los trastornos depresivos y afectivos de la personalidad, trastornos de ansiedad, alcoholismo y adicciones, lo anterior porque cualquiera de los padecimientos anteriores pueden cursar en alguna etapa con la evitación de contactos sociales, estados de ansiedad y además por la comorbilidad que existe entre estos padecimientos y la fobia social.^{1,3,6,12,16,18,20,23,27}

1.1.9. TRATAMIENTOS.

La fobia social es tratada actualmente en la mayoría de los pacientes desde dos puntos importantes, el tratamiento psicosocial y el tratamiento con medicamentos, es decir mejorar las relaciones interpersonales y la reducción de la ansiedad. Las principales técnicas para reducir la ansiedad, son la exposición y la reestructuración cognitiva, también es importante el mejoramiento del funcionamiento social lo cual se logra con el entrenamiento en habilidades sociales. La exposición involucra el contacto sistemático y prolongado con la situación o actuación social evocadora de ansiedad (estímulo) hasta lograr una reducción significativa de la ansiedad.

La terapia cognitivo conductual de grupo es una de las más estudiadas como tratamiento de la fobia social. Su objetivo al igual que las otras terapias cognitivas es ayudar al individuo a controlar su ansiedad y la evitación ante situaciones sociales mediante el cambio de creencias que podrían contribuir a la persistencia de temores.

Existen técnicas de relajación que también son muy útiles, estas técnicas pueden ser desde muy sencillas (ejercicios respiratorios) hasta técnicas como relajación progresiva o relajación autogénica, las cuales son recomendadas para todo paciente con algún trastorno de ansiedad y se sugieren diariamente.

En cuanto al tratamiento farmacológico existen 3 objetivos importantes, que son reducir o controlar la ansiedad patológica, asegurar adecuado tratamiento de la depresión u otras condiciones comórbidas, y dar un tratamiento bien tolerado para lograr apego al mismo ya que la FS es un padecimiento crónico.

Beta bloqueadores. Estos medicamentos han sido usados desde hace ya 20 años, sin embargo son poco útiles ya que se usan solamente cuando los síntomas son discretos y confinados a una o 2 situaciones específicas. No son útiles en la fobia social generalizada, ni ayudan a mejorar la comorbilidad, y tampoco mejoran la ansiedad anticipatoria.^{3,6}

Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO's). Los IMAO's, son confinados para casos resistentes a tratamiento ya que son efectivos pero poco tolerables y difíciles de conseguir en México. Diversos estudios han reportado su efectividad pero siempre asociados a su poca tolerabilidad.^{3,6}

Benzodiazepinas.

En algunos estudios se ha visto que las benzodiazepinas sobre todo el clonazepam, pueden ser útiles en algunos casos de FS, pero al igual que los beta bloqueadores tiene que tomarse 2 hrs. antes del evento fóbico, además las benzodiazepinas ofrecen muchas desventajas como tendencia a sedar y deprimir, ocasionar hostilidad, tolerancia y dependencia fisiológica, así como abstinencia y efectos rebote. Tampoco son aconsejables en pacientes con historia de consumo de alcohol, por lo que estos medicamentos no son la mejor opción de tratamiento.

Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).

Actualmente se considera a los ISRS como la primera elección para el tratamiento de la fobia social por su efectividad y porque presentan pocos efectos secundarios. La Fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, el citalopram y la paroxetina en diversos estudios han mostrado efectividad mayor a placebo y a otros medicamentos.^{3, 6, 8, 13, 18, 20}

La paroxetina fue el primer ISR reportado como útil en el tratamiento de la FS. Actualmente la experiencia ha llevado a recomendarla a dosis de 20 a 60 mgs. al día, oscilando la dosis más usual en 20 a 40 mgs.^{3, 6, 20}

El citalopram a 20mgs. día recientemente ha mostrado buenos resultado.

La fluoxetina a una dosis de 20 a 80mgs. día durante 22 semanas o más, ofreció mejoría de un 50 a 70 % en la intensidad de los síntomas.⁶

En 1998 Talaranta en Finlandia usó la simpatectomía endoscópica torácica en 51 pacientes con fobia social, y reportó que los síntomas fueron aliviados con una diferencia significativa. Esto último ofrece una alternativa para la terapia conservadora.⁶

1.1.10. FAMILIA Y FOBIA SOCIAL.

La prevalencia de la fobia social está claramente aumentada en los parientes de los que padecen el trastorno, lo cual sugiere dos cosas, una contribución genética y otra por interacción con el entorno familiar.

Ya se ha descrito en los puntos 1.1.4.1. y 1.1.4.2. los aspectos genéticos y familiares relacionados con fobia, sin embargo respecto al entorno familiar, en un estudio se encontraron que los patrones de timidez en madres biológicas y en sus hijos dados para adopción (a una edad media de 24 meses) se repiten. No obstante la moderada correlación detectada entre la timidez de los padres adoptivos y sus hijos adoptivos sugiere que el entorno familiar también contribuye al desarrollo de la fobia social. Resulta difícil diferenciar las contribuciones e interacciones de la genética y el entorno.²⁰

Algunos estudios han investigado si la fobia social tiene un patrón familiar, y se ha reportado una incidencia tres veces mayor de FS en los parientes de pacientes que padecen este trastorno en comparación con el resto de la población, en uno de ellos el aumento de la incidencia pareció ser específico de la fobia social y no de otros tipos de trastornos de ansiedad,²⁰ esto último podría apoyar la teoría de que el factor del entorno familiar influye aún más de lo que se piensa. Otros estudios realizados hablan también sobre el entorno y el tipo de familia, Hettema y colaboradores realizaron un meta análisis en base a epidemiología genética de los trastornos de ansiedad encontrando que tanto el trastorno de angustia como el de ansiedad generalizada, las fobias y el TOC presentan una agregación familiar significativa, por lo que en este estudio confirman el riesgo familiar de padecer trastornos fóbicos, sin embargo el entorno familiar como tal sigue sin quedar claro en este estudio.³⁹ En otro artículo con una metodología muy similar a la de el presente estudio, se encontró que la sicopatología en parientes cercanos, en especial fobia social y depresión la sobreprotección y el rechazo, juegan una importante asociación con el desarrollo de fobia social, es un estudio hecho con adolescentes en Alemania, utilizando como escalas diagnósticas el MINI mental estudio y el modelo circunflejo lo cual lo hace muy confiable.⁴⁰ como se menciona en diversos estudios, los problemas de salud mental son muy frecuentes en la práctica cotidiana y no siempre se tiene en cuenta el papel que desempeña la familia en los problemas de salud con los que nos enfrentamos.

1.1.11. FACES III. HISTORIA Y DESARROLLO.

Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES) es un instrumento útil para el estudio de la familia, sobre todo para valorar la cohesión y la adaptabilidad de la familia. Olson y colaboradores³³ desarrollaron FACES para hacer operativas dos de las tres dimensiones del modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales, las cuales son cohesión, adaptabilidad y comunicación.

FACES permite discriminar a una familia en cuatro posibles grados o niveles de los cuales los intermedios son los balanceados, mientras que los niveles más altos y los más bajos son extremos; cabe señalar que FACES III no evalúa funcionalidad familiar, sino únicamente la capacidad de cohesión y adaptabilidad de la familia ante situaciones o factores de estrés normativo o no normativo y que el identificar a una familia como balanceada o extrema se refiere a esas dos condiciones (cohesión y adaptabilidad) y que no necesariamente afectan la funcionalidad familiar ya que la evaluación de esta es más amplia y la entrevista clínica familiar es más sensible y completa para tal fin.

El uso de este instrumento permitirá evaluar si una persona con fobia social se relaciona con alguna alteración en la cohesión de la familia en la cual se desarrolla y de la misma forma saber si existe también alguna alteración en la adaptabilidad hacia la resolución y desarrollo de respuestas a problemas familiares.

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD.

La cohesión es la capacidad que tiene una familia para realizar algunas actividades de manera unida o en grupo, en FACES III se clasifica como no relacionada, semirelacionada, relacionada, y aglutinada.

La adaptabilidad es también una capacidad de las familias para reestructurarse y cambiar “evolucionar” ante una situación de estrés normativo o no normativo. En FACES III se clasifica como caótica, flexible, estructurada, y rígida.

Estas dos cualidades de los grupos familiares son muy importantes para la misma familia y para el individuo pues se piensa que si en la familia las relaciones que prevalecen son intensas (aglutinadas) el individuo lo aplica de esa manera en el medio social, si se es rígido en las relaciones familiares, muy posiblemente se es rígido en el medio social. Esto debido a que la principal educación se recibe en casa, en la familia.

En el modelo circunflejo se habla de un tercer eje que es la comunicación, que no solo es de vital importancia para la familia, sino para el ser humano en general. Un ser humano que se comunica poco tiene una baja probabilidad de supervivencia en el medio social. Por lo que una persona con fobia social, que limita su capacidad de comunicación por temor o ansiedad con personas extrañas, tiene pocas probabilidades de “sobrevivir” socialmente hablando.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La fobia social es un padecimiento importante desde el punto de vista de la medicina familiar ya que este puede ocasionar una gran disfunción en la vida de los individuos que la padecen, es incapacitante, y su tratamiento y rehabilitación pueden ser muy tardados, ya que se necesitan tratamiento médico y terapia cognitivo conductual.

Con respecto a las esferas que afecta se encuentran tanto la familiar, la social y la económica, y dentro de la esfera familiar se pueden encontrar diversos problemas como lo comentan algunos autores. Por ejemplo en nuestro país se han realizado estudios en los que se ha hablado de la prevalencia de este padecimiento en la población adulta en la ciudad de México¹⁴ y en el cual se comenta que la fobia social genera y se manifiesta como problemas en el funcionamiento social y en la vitalidad del individuo y que altera las relaciones del sujeto con su pareja y con su familia; sin embargo no se ha escrito mucho acerca de si una de las causas pueden ser las relaciones intrafamiliares u otros factores de la funcionalidad familiar como la cohesión y la adaptabilidad de la familia o incluso la personalidad de la misma. Otros autores comentan la asociación de la fobia social con un bajo rendimiento laboral, con una reducción en la calidad de vida, de igual manera con un alto índice de intentos de suicidio y de suicidio consumado, incluso económicamente el costo del tratamiento, los daños y pérdidas laborales son muy altos; en este mismo artículo se comenta que estudios epidemiológicos comunican tasas elevadas de depresión mayor, secundaria a fobia social también se habla de una asociación fuerte entre la fobia social y el abuso de drogas en especial del alcohol comentándose un 15 a 26% de los pacientes con fobia social.²⁰

La interrogante que constituye el problema a investigar en este estudio es: ¿existe alguna relación entre los individuos que padecen fobia social y la cohesión y adaptabilidad de su familia?

Otro aspecto del problema, lo constituye la situación de que en el centro de salud Dr. José Castro Villagrana, en la atención médica que es proporcionada por los médicos familiares, en la consulta externa la frecuencia de casos reportados con diagnóstico de FS prácticamente es nula. Lo anterior no significa que la FS no exista, sino que no está siendo diagnosticada o se presenta en comorbilidad con otros padecimientos.

1.3. JUSTIFICACIÓN

En este estudio se pretende obtener información útil para la unidad médica, ya que se desconoce la magnitud (prevalencia) de FS en los pacientes que se atienden en el Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana". Debido a la importancia que tiene la fobia social como enfermedad incapacitante socialmente y que puede pasar inadvertida por el profesional de la salud debido a la comorbilidad asociada a ella, es fundamental para el médico familiar que pueda tener elementos presuncionales para poder diagnosticarla.

En este trabajo se pretende usar uno de los instrumentos de evaluación de fobia social para obtener experiencia como prueba de tamizaje que sea útil para el médico de familia. Así mismo el uso de FACES III nos permitirá saber si existe alguna relación entre la fobia social y la cohesión y adaptabilidad familiar.

No se pretende hacer un estudio de casos y controles sino únicamente establecer si existe alguna relación entre la FS y las dimensiones de cohesión y adaptabilidad en la familia.

Así también se desconoce si existe una relación entre personas que presentan FS y a la vez alguna alteración en la cohesión y en la adaptabilidad de su familia.

1.4. OBJETIVOS:

1.4.1. GENERAL.

Identificar si existe alguna relación entre la fobia social y la cohesión y la adaptabilidad en la familia.

1.4.2. ESPECÍFICOS:

Determinar la frecuencia de la fobia social.

Identificar la frecuencia de familias con alteraciones en la cohesión y adaptabilidad familiar (familias extremas).

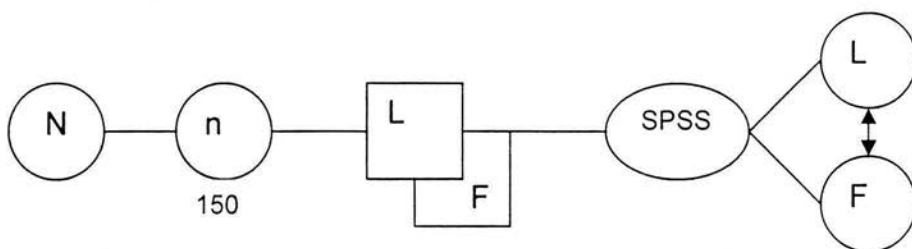
2. MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1. TIPO DE ESTUDIO.

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal.

2.2. DISEÑO DEL ESTUDIO.

El presente estudio se realizó en el centro de salud "Dr. José Castro Villagrana, a pacientes que acudieron a los diferentes servicios que se otorgan en el mismo, y que tenían una edad entre los 12 y los 80 años; se les aplicaron dos instrumentos de evaluación, uno (FACES III) para medir la cohesión y la adaptabilidad familiar y el segundo para diagnóstico de Fobia Social (escala de Liebowitz). El esquema general del diseño del estudio se presenta a continuación:



N = Pacientes de ambos sexos del C. de S. Dr. J. Castro Villagrana de 15 a 80 años de edad.

n = Muestra no aleatoria = 150 personas.

L = Encuesta para evaluar la fobia social (Liebowitz).

F = FACES III encuesta para evaluar la cohesión y adaptabilidad en la familia.

SPSS = Análisis estadístico.

↔ Relación fobia social, cohesión y adaptabilidad en la familia.

2.3. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO (UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL).

Realizado en el Centro de salud Dr. José Castro Villagrana, de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal en la Ciudad de México, a los pacientes que acudieron a solicitar alguno de los servicios que en el se otorgan, de Enero del 2003 a Mayo del 2003.

2.4. MUESTRA.

2.4.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La muestra de estudio se calculó con un nivel de confianza de 95%, precisión (error) de 8% y variabilidad p, q de 0.5 por cada una.³⁷

La muestra mínima de estudio fue de 150 personas.

2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

2.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Se incluyeron a pacientes de entre 12 y hasta 80 años de edad, que acudieron al centro de salud para usar los servicios médicos.

Pacientes que desearon contestar de manera voluntaria los instrumentos de evaluación.

Pacientes que sabían leer y escribir.

2.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Se excluyeron a pacientes menores de 12 años, o mayores de 80 años.

Pacientes que no quisieron contestar voluntariamente los instrumentos de evaluación.

Pacientes con alguna enfermedad que dificultara las respuestas a las preguntas.

2.5.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Se eliminaron a los pacientes que no contestaron de manera completa los instrumentos.

2.6. VARIABLES. (TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN).

Se estudiaron 75 variables, divididas en 3 secciones: Ficha de identificación 7 variables, Lievowitz 48 variables, FACES III 20 variables, se anexa el instrumento integrado (anexo1).

2.7. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

Las variables, su tipo, su escala de medición y sus valores se muestran a continuación:

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable o códigos
Numero de folio	Cuantitativa	Continua	Numero consecutivo del 1 al n
Nombre del paciente	Cualitativa	Nominal	1- Matutino 2- Vespertino
Edad	Cuantitativa	Continua	Nombre del paciente
Sexo	Cualitativa	Nominal	Números enteros y fraccionados de año
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Escolaridad	Cuantitativa	Continua	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Textual
Tipo de familia	Cualitativa	Nominal	1= Nuclear 2= Extensa 3= Extensa compuesta
Etapas del ciclo vital de la familia	Cualitativa	Nominal	1. Matrimonio. 2. Expansión 3. Dispersión, 4. Independencia 5. Retiro.
Numero de integrantes de la familia	Cuantitativa	Discontinua	Valor del número de integrantes.

FACES III			
Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si	Cualitativa	Nominal	1= Nunca. 2= Casi nunca 3= Algunas veces. 4= Casi siempre 5= Siempre
En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Nos sentimos muy unidos	.. .. .	.. .. .	.. .. .
En nuestra familia los hijos toman las decisiones	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente	.. .. .	.. .. .	.. .. .
En nuestra familia las reglas cambian	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Con facilidad podemos planear actividades en la familia	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Consultamos unos con otros para tomar	.. .. .	.. .. .	.. .. .

decisiones			
En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad	.. .. .	.. .. .	.. .. .
La unión familiar es muy importante	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Es difícil decir quién hace las labores del hogar	.. .. .	.. .. .	.. .. .
LIEBOWITZ	(TEMOR –	ANSIEDAD)	
Telefonar en público	Cualitativa	Nominal	0= Ninguno 1= Leve 2= Moderado 3= Severo
Participar en pequeños grupos	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Comer en lugares públicos	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Beber con otros en lugares públicos	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Hablarle a la gente con autoridad	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Actuar, desempeñarse o dar una plática en frente de una audiencia	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Ir a una fiesta	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Trabajar mientras lo observan	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Escribir mientras lo observan	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Llamar a alguien que no conoce muy bien	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Hablar con gente que no conoce muy bien	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Conocer a extraños	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Orinar en un baño público	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Entrar en un cuarto cuando los otros ya están sentados	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Ser el centro de atención	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Hablar en una junta	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Realizar un examen por escrito	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Expresar desagrado o desaprobación a la gente que no conoce muy bien	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Mirar a la gente que no conoce muy bien a los ojos	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Dar un reporte a un grupo	.. .. .	.. .. .	.. .. .

Tratar de hacer amistad con alguien	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Devolver mercancías a una tienda cuando las devoluciones son normalmente aceptadas	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Dar una fiesta promedio	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Resistir la gran presión de un vendedor.	.. .. .	.. .. .	.. .. .
LIEBOWITZ	(EVITACIÓN)		
Telefonar en público	Cualitativa	Nominal	0= Nunca 1= Ocasionalmente 2= A menudo 3= Usualmente
Participar en pequeños grupos	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Comer en lugares públicos	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Beber con otros en lugares públicos	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Hablarle a la gente con autoridad	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Actuar, desempeñarse o dar una plática en frente de una audiencia	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Ir a una fiesta	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Trabajar mientras lo observan	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Escribir mientras lo observan	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Llamar a alguien que no conoce muy bien	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Hablar con gente que no conoce muy bien	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Conocer a extraños	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Orinar en un baño público			
Entrar en un cuarto cuando los otros ya están sentados	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Ser el centro de atención	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Hablar en una junta	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Realizar un examen por escrito	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Expresar desagrado o desaprobación a la gente que no conoce muy bien	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Mirar a la gente que no conoce muy bien a los ojos	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Dar un reporte a un grupo	.. .. .	.. .. .	.. .. .

Tratar de hacer amistad con alguien	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Devolver mercancías a una tienda cuando las devoluciones son normalmente aceptadas	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Dar una fiesta promedio	.. .. .	.. .. .	.. .. .
Resistir la gran presión de un vendedor.	.. .. .	.. .. .	.. .. .

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

Fobia social: Es un miedo a ser observado o evaluado por otros, un marcado y persistente temor irracional ante una o varias situaciones sociales en las que la persona que padece este problema se expone a gente no familiar o a una evaluación por los demás.

Cohesión familiar: Es la capacidad que tiene una familia para realizar algunas actividades de manera unida o en grupo y brindarse apoyo.

Adaptación familiar: Es la posibilidad de cambio en el liderazgo, relación de roles y normas de la relación entre los miembros de una familia.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

Fobia social: 0 a 49 sin fobia social, 50 a 64 fobia social leve, 65 a 79 fobia social moderada, 80 y más fobia social severa.

Cohesión familiar: 10 a 34 no relacionadas, 35 a 40 semirelacionadas, 41 a 45 relacionadas, 46 a 50 aglutinadas

Adaptación familiar: 10 a 19 puntos = caótica, 20 a 24 = flexible, 25 a 28 = estructurada. 29 a 50 = rígida.

2.8. DISEÑO ESTADÍSTICO.

El propósito estadístico de la presente investigación es asociar fobia social con la cohesión y adaptabilidad familiar, se estudio un solo grupo de personas, y se les realizó una sola medición de las unidades de muestreo de manera relacionada.

El tipo de variables que fue medido fueron: cualitativas, continuas, nominal, en cuanto a la distribución fue normal y ji cuadrada, el tipo de muestra fue no probabilística.

2.9. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS. (anexo 1).

Se empleó FACES III, que es un instrumento validado por Olson y colaboradores, para evaluar cohesión y adaptabilidad familiar, y se utilizó la escala de Liebowitz también validada,^{3,6,26,30} que se usa para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con fobia social. Se aplicaron ambas escalas con una doble finalidad, la primera para detección tanto de fobia social y de alteración en la cohesión y adaptabilidad familiar, y la otra para cruzar la información y determinar si existe una relación entre la fobia social y la cohesión y adaptabilidad familiar, dicha relación no será de tipo causal sino simplemente de asociación.

2.10. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Una vez que fue seleccionado el tema de la investigación, el investigador responsable en apoyo con sus asesores se dieron a la tarea de buscar información en las diversas fuentes, (libros, revistas, Internet) con lo que se conformó el marco teórico, como siguiente paso se procedió al registro en el servicio de investigación del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, y una vez autorizado, se realizó la prueba piloto con 30 encuestas de autoaplicación, con lo que se inició el estudio.

Se llevó a cabo la realización de encuestas mediante la aplicación de dos instrumentos el primero FACES III para medir la cohesión y adaptabilidad familiar y el segundo Escala de Liebowitz para detección de fobia social, esto unido a la primera sección de la encuesta enfocada a la obtención de datos demográficos sobre la familia del encuestado, el investigador responsable aplicó las encuestas abordando a los pacientes en las salas de espera del centro de salud Dr. José Castro Villagrana; los pacientes fueron abordados mediante una invitación para participar de manera voluntaria, y a aquellos que respondieron de manera positiva se les leyó la presentación y se les aplicó la encuesta mediante la técnica de entrevista dirigida; a los pacientes que no aceptaron se les excluyó del estudio. La recolección de los datos comprendió de marzo a mayo del 2003, una vez que se completaron las 150 encuestas la información fue almacenada en 2 bases de datos una familiar y otra sobre fobia, para realizar su análisis en el programa estadístico SPSS versión 10.0.

2.11. MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS.

Se reconoce que hubo sesgo de selección, ya que la muestra fue no aleatoria, también se reconoce que pudo existir sesgo de información debido a la naturaleza de la información proporcionada por los pacientes en las dos escalas.

Para disminuir en lo posible los sesgos de medición, las dos escalas (FACES III y Liebowitz) ya habían sido validadas.^{3, 6, 32, 33, 38}

2.12. PRUEBA PILOTO.

Se realizó una prueba piloto con 30 encuestas para determinar los ajustes convenientes, los cuales fueron en base lo que comentaban los pacientes encuestados, si tuvieron problemas con alguna pregunta, si eran claras o no, y en cuanto al tiempo en que tardaban en contestar la encuesta, cabe mencionar que estas 30 encuestas que conformaron la prueba piloto fueron de autoaplicación.

En lo referente al tiempo que tardaban los pacientes en contestar la encuesta era de aproximadamente 15 a 20 minutos, las secciones de la encuesta en las que se tuvieron problemas al contestar fueron: en la primera ya que no se incluían en la ficha de identificación, y en Liebowitz ya que solo contestaban una sección es decir la de temor o ansiedad, dejando vacía la de evitación, por estas situaciones se optó por realizar las encuestas a través de entrevista dirigida, lográndose un tiempo promedio de 25 minutos por encuesta y en cuanto a las preguntas que ocasionaban un poco de confusión ya no fueron factor debido a que en la misma entrevista se les explicaba o aclaraba la pregunta.

2.13. PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS.

2.13.1. PLAN DE TABULACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE DATOS.

Se diseñó y realizó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 10,

2.13.2. DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS.

La base de datos se diseñó en SPSS, a continuación se describe su estructura:

Nombre de la variable (8 caracteres)	Tipo: N = Numérico, S = cadena (nombres)	Ancho de la columna		Etiqueta completa de la variable	Nombre de la variable	Valores que toma la variable (códigos)	Escala de medición, S = continua, O = ordinaria, N = nominal
Folio	N	3	0	Número de Folio	Numero consecutivo		S
Nombre pac	S	30	0	Nombre del paciente	Textual		N
Edad	N	3	2	Edad en Años	Números enteros		S
Sexo	N	3	0	Sexo del paciente	1 = Femenino 2 = Masculino		N
Edo civil	N	3	0	Estado civil del paciente	1= Soltero, 2= Casado, 3= Divorciado, 4= viudo, 5= Unión libre		N

Escolari	N	3	0	Escolaridad del paciente	Numero total de años de estudio a partir de la primaria	S
Ocupaci	S	20	0	Ocupación del paciente	textual	N
Tipofami	N	3	0	Tipo de familia	1= nuclear, 2= extensa, 3= extensa-compuesta	N
Ciclovit	N	3	0	Etapas del ciclo vital de la familia	1= matrimonio, 2= expansión, 3= dispersión, 4= Independencia, 5= Retiro y muerte	N
numintfa	N	3	0	Numero de integrantes de la familia	Valor del número de integrantes	S
				FACES III		
Facesp1	N	3	2	Facesp1	1= Nunca. 2= Casi nunca 3= Algunas veces. 4= Casi siempre 5= Siempre	N
Facesp2	N	3	2	Facesp2	.....	N
Facesp3	N	3	2	Facesp3	.....	N
Facesp4	N	3	2	Facesp4	.....	N

Facesp5	N	3	2	Facesp5	.. .. .	N
Facesp6	N	3	2	Facesp6	.. .. .	N
Facesp7	N	3	2	Facesp7	.. .. .	N
Facesp8	N	3	2	Facesp8	.. .. .	N
Facesp9	N	3	2	Facesp9	.. .. .	N
Facesp10	N	3	2	Facesp10	.. .. .	N
Facesp11	N	3	2	Facesp11	.. .. .	N
Facesp12	N	3	2	Facesp12	.. .. .	N
Facesp13	N	3	2	Facesp13	.. .. .	N
Facesp14	N	3	2	Facesp14	.. .. .	N
Facesp15	N	3	2	Facesp15	.. .. .	N
Facesp16	N	3	2	Facesp16	.. .. .	N
Facesp17	N	3	2	Facesp17	.. .. .	N
Facesp18	N	3	2	Facesp18	.. .. .	N
Facesp19	N	3	2	Facesp19	.. .. .	N
Facesp20	N	3	2	Facesp20	.. .. .	N
				LIEBOWITZ		
Liebo1	N	3	2	Liebo1	0= Ninguno 1= Leve 2= Moderado 3= Severo	N
Liebo2	N	3	2	Liebo2	.. .. .	N
Liebo3	N	3	2	Liebo3	.. .. .	N
Liebo4	N	3	2	Liebo4	.. .. .	N
Liebo5	N	3	2	Liebo5	.. .. .	N
Liebo6	N	3	2	Liebo6	.. .. .	N
Liebo7	N	3	2	Liebo7	.. .. .	N
Liebo8	N	3	2	Liebo8	.. .. .	N
Liebo9	N	3	2	Liebo9	.. .. .	N

Liebo10	N	3	2	Liebo10	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Liebo11	N	3	2	Liebo11	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Liebo12	N	3	2	Liebo12	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Liebo13	N	3	2	Liebo13	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Liebo14	N	3	2	Liebo14	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Liebo15	N	3	2	Liebo15	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Liebo16	N	3	2	Liebo16	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Liebo17	N	3	2	Liebo17	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Liebo18	N	3	2	Liebo18	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Liebo19	N	3	2	Liebo19	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Liebo20	N	3	2	Liebo20	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Liebo21	N	3	2	Liebo21	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Liebo22	N	3	2	Liebo22	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Liebo23	N	3	2	Liebo23	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Liebo24	N	3	2	Liebo24	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
				LIEBOWITZ		
Lieboe1	N	3	2	Lieboe1	0= Nunca 1= Ocasionalmente 2= A menudo 3= Usualmente	N
Lieboe2	N	3	2	Lieboe2	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe3	N	3	2	Lieboe3	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe4	N	3	2	Lieboe4	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe5	N	3	2	Lieboe5	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe6	N	3	2	Lieboe6	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe7	N	3	2	Lieboe7	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe8	N	3	2	Lieboe8	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe9	N	3	2	Lieboe9	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N

Lieboe10	N	3	2	Lieboe10	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe11	N	3	2	Lieboe11	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe12	N	3	2	Lieboe12	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe13	N	3	2	Lieboe13	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe14	N	3	2	Lieboe14	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe15	N	3	2	Lieboe15	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe16	N	3	2	Lieboe16	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe17	N	3	2	Lieboe17	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe18	N	3	2	Lieboe18	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe19	N	3	2	Lieboe19	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe20	N	3	2	Lieboe20	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe21	N	3	2	Lieboe21	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe22	N	3	2	Lieboe22	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe23	N	3	2	Lieboe23	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N
Lieboe24	N	3	2	Lieboe24	“ “ “ “ “ “ “ “ “ “	N

2.13.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

Plan de análisis estadístico.

Estadística descriptiva.

Se emplearon Medidas de resumen, tendencia central y de dispersión.

Estadística analítica e inferencial.

Se utilizaron las pruebas de J_i^2 y coeficiente fi (asociación).

2.14. CRONOGRAMA.

ACTIVIDAD.	SEMESTRES.					
	1	2	3	4	5	6
REGISTRO DE PROYECTO		XXX				
PROTOCOLO FINAL			XXX			
EJECUCIÓN DEL PROYECTO				XXXXX		
ANÁLISIS Y REPORTE					XXXX	
REPORTE FINAL					XXXXX	XXXXX

2.15. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

Recursos humanos.

Investigador y asesores.

Recursos materiales.

Material de oficina (lápices, hojas, plumas, engrapadora)

Una computadora personal.

Discos flexibles y recursos de almacenamiento de datos.

Recursos físicos.

Instalaciones del centro de salud Dr. José Castro Villagrana.

Propios de la unidad.

Financiamiento.

Los recursos económicos corrieron a cargo del investigador responsable.

2.16. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Consideraciones éticas: De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país ³⁵, el trabajo tiene conforme al título segundo, capítulo I, artículo 17, categoría "1" investigación sin riesgo debido a que los individuos que participarán en el estudio, únicamente, aportarán datos a través de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales, así mismo la investigación, no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica donde participan seres humanos contenidos en la "Declaración de Helsinki" de la asociación médica mundial ³⁶, enmendada en la 52ª asamblea médica mundial en Edimburgo, Escocia, en octubre del año 2002.

3. RESULTADOS.

Se aplicaron 150 encuestas durante los meses de marzo y abril del 2003, a pacientes que acudieron al centro de Salud Dr. José Castro Villagrana a solicitar algún servicio y que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

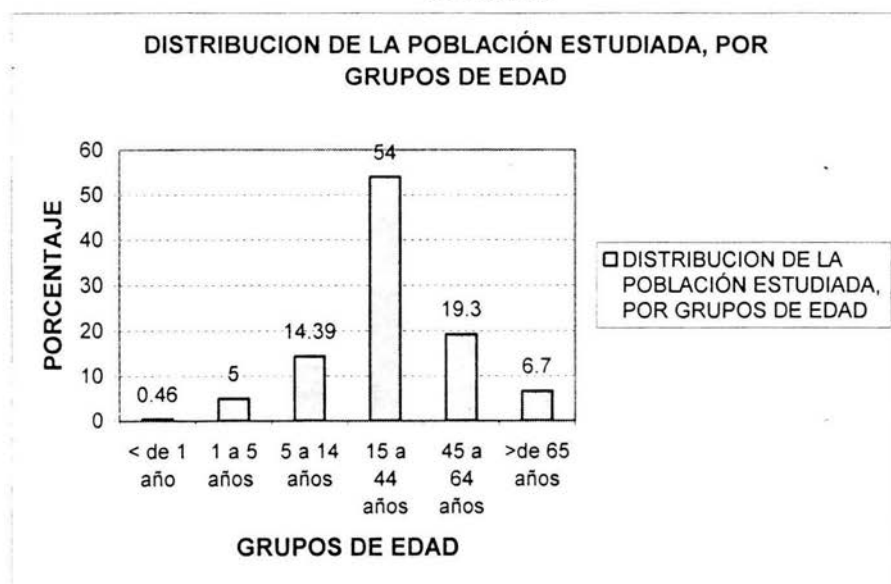
3.1. DATOS DE LAS FAMILIAS.

3.1.1. DATOS DEMOGRÁFICOS.

3.1.1.1. EDAD DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

De las 150 familias encuestadas a través de uno de sus integrantes, se obtuvo información demográfica de 653 personas, de las que el promedio de edad fue de 31.8 años de edad, con un rango de .08 (1 mes de edad) a 90 años y una desviación estándar de 19.1, en la figura 1 se muestra la distribución por grupos de edad de la población estudiada.

FIGURA 1

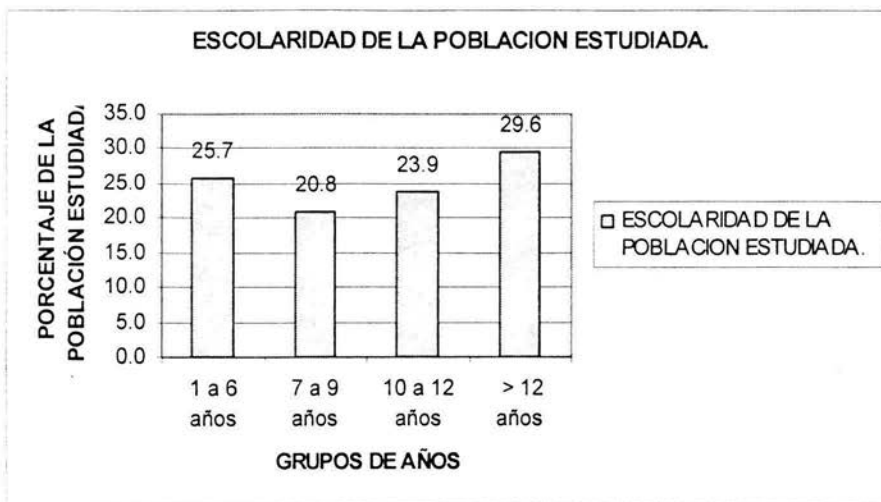


Fuente: Encuesta sobre fobia social y la cohesión y adaptabilidad familiar
n = 653.

3.1.1.2. ESCOLARIDAD.

En lo referente a la escolaridad de la población, el promedio de años escolares fue de 10.5, con un rango de 1 a 21 años y una desviación estándar de 4.3 años escolares. Cabe mencionar que en este rubro se eliminó a los integrantes de familias en edad menor a 3 años o que no se encontraban en edad escolar, por lo que la muestra disminuyó a 615 personas. En la figura 2 se muestra la distribución por grupos de años.

FIGURA 2.



Fuente: Encuesta sobre fobia social y la cohesión y adaptabilidad familiar
n = 615.

3.1.1.3. OCUPACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

En cuanto a la ocupación se encontró que un 29.7% de la población en estudio tenía como ocupación el ser estudiante, un 18.8 % empleado y 18.7 % ama de casa, como las tres principales ocupaciones, el resto de estas se aprecian en el cuadro 1.

CUADRO 1.

Distribución de la población estudiada de acuerdo a la ocupación, marzo – abril del 2003.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
ESTUDIANTE	194	29.7
EMPLEADO	123	18.8
AMA DE CASA	122	18.7
PROFESIONAL	87	13.3
MENOR DE EDAD	31	4.7
COMERCIANTES ESTABLECIDOS	20	3.1
OBrero	15	2.3
TÉCNICO	15	2.3
DESEMPLEADO	11	1.7
JUBILADO / PENSIONADO	9	1.4
CAMPESINO	9	1.4
CONDUCTOR	9	1.4
SERVICIOS DIVERSOS	4	.6
SUBEMPLEADO	2	.3
ESTUDIA Y TRABAJA	1	.2
ARTISTA	1	.2

Fuente: Encuesta sobre fobia social y la cohesión y adaptabilidad familiar
n = 653.

3.1.1.4. NUMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

En lo referente al número de integrantes de la familia se encontró que de las 150 familias el 34.7% se encontraba integrada por 4 personas, el 18% por 3 y otro 18% por 5 integrantes, como se muestra en el cuadro 2.

CUADRO 2.

Distribución de la población estudiada por número de integrantes de la familia.

NUMERO DE INTEGRANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4.00	52	34.7
3.00	27	18.0
5.00	27	18.0
2.00	14	9.3
6.00	8	5.3
7.00	8	5.3
8.00	6	4.0
9.00	4	2.7
1.00	3	2.0
10.00	1	.7

Fuente: Encuesta sobre fobia social y la cohesión y adaptabilidad familiar
n = 653.

3.1.2. DATOS DE ESTUDIO DE FAMILIA.

3.1.2.1. TIPOLOGÍA DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS.

Respecto al tipo de familia, la nuclear predominó con el 70%, seguida de la extensa con 16% y la extensa compuesta con 14%.

3.1.2.2. CICLO DE VIDA DE LAS FAMILIAS.

En lo que respecta a la etapa del ciclo de vida en la que se encontraban las familias en estudio, se encontró que el 58.7 % se encontraban en la de dispersión, el 17.3% en independencia, y el 9.3% en expansión.

3.1.2.3. PARENTESCOS EN LA FAMILIA.

En lo que se refiere a parentescos que se encuentran en las familias, se obtuvo que el más frecuente fue el de hijo con un 46.6%, seguido por el de mamá con un 21.4% y en tercer término el de papá con 17.2%, el resto de los parentescos se pueden apreciar en el cuadro 3.

CUADRO 3.

Distribución de la población por parentescos.

PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HIJO	304	46.6
MAMÁ	140	21.4
PAPÁ	112	17.2
ABUELA MATERNA	16	2.5
SOBRINO	15	2.3
CUÑADO	14	2.1
NIETO	13	2.0
ABUELO MATERNO	9	1.4
TIO	9	1.4
HERMANO	9	1.4
ABUELA PATERNA	5	.8
NUERA	3	.5
ABUELO PATERNO	2	.3
PADRINO	2	.3

Fuente: Encuesta sobre fobia social y la cohesión y adaptabilidad familiar
n = 653.

3.2. RESULTADOS DE FOBIA SOCIAL Y LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR.

3.2.1. EDAD.

De las 150 personas a las que se les aplicó la encuestas se obtuvo un promedio de edad de 36 años, con un rango de 15 a 70 años de edad y una desviación estándar de 13.2 años.

3.2.2. ESCOLARIDAD.

En lo referente a la escolaridad se obtuvo que de los 150 encuestados, el promedio de años escolares fue de 12 años, con una rango de 4 a 21 años y una desviación estándar de 3.8 años escolares.

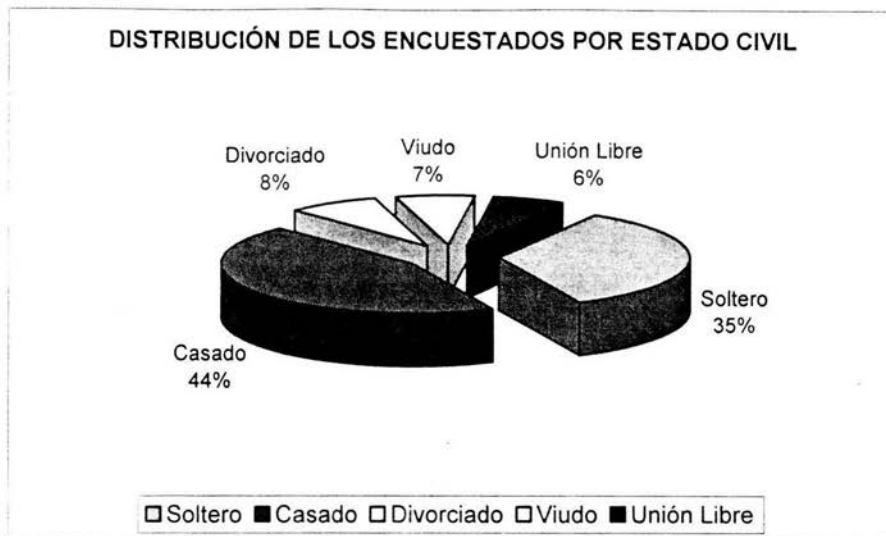
3.2.3. Sexo.

De las encuestas realizadas el 70% fueron contestadas por personas del sexo femenino y 30% por personas del sexo masculino.

3.2.4. Estado civil.

En lo que respecta a éste rubro la distribución se muestra en la figura 3.

FIGURA 3.



Fuente: Encuesta sobre fobia social y la cohesión y adaptabilidad familiar
n =150.

3.2.5. OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA.

En lo que se refiere a este punto se encontró que la mayoría de los participantes tenía como ocupación la de Ama de casa con un 34%, en segundo término la de empleado con un 21.3% y el resto se muestra en el cuadro 4.

CUADRO 4

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	51	34.0
EMPLEADO	32	21.3
ESTUDIANTE	28	18.7
PROFESIONAL	23	15.3
COMERCIANTE ESTABLECIDOS	6	4.0
TÉCNICO	3	2.0
CAMPESINO	2	1.3
OBRAERO	2	1.3
JUBILADO / PENSIONADO	1	.7
DESEMPLEADO	1	.7
SERVICIOS DIVERSOS	1	.7

Fuente: Encuesta sobre fobia social y la cohesión y adaptabilidad familiar
n =150.

3.2.6. COHESIÓN.

3.2.6.1. PUNTUACIÓN EN COHESIÓN.

En cuanto a la puntuación final en cohesión, se encontró que el promedio fue de 38.85, con un rango de 19 a 49 puntos, y una desviación estándar de 6.

3.2.6.2. COHESIÓN SEGÚN FAMILIAS AGLUTINADAS, RELACIONADAS, SEMIRRELACIONADAS, Y NO RELACIONADAS.

En lo referente a la clasificación de las familias con respecto a la puntuación de cohesión, se encontró que de las 150 familias 20% eran no relacionadas, 37.3% semirelacionadas, 30.7% relacionadas, 12% aglutinadas.

FIGURA 4.



Fuente: Encuesta sobre fobia social y la cohesión y adaptabilidad familiar n =150.

3.2.6.3. COHESIÓN SEGÚN FAMILIAS EXTREMAS Y BALANCEADAS.

Respecto a la cohesión según familias extremas o balanceadas, se encontró que: 48 (32%) eran extremas, y 102 (68%) eran balanceadas figura 5.

FIGURA 5.



Fuente: Encuesta sobre fobia social y la cohesión y adaptabilidad familiar n =150.

3.2.7. ADAPTABILIDAD.

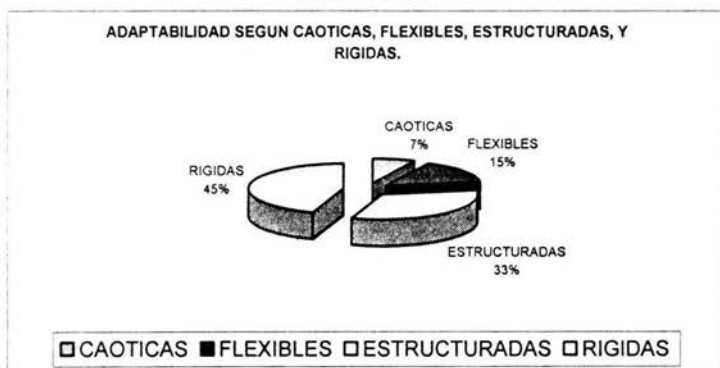
3.2.7.1. PUNTUACIÓN EN ADAPTABILIDAD.

Con respecto a la adaptabilidad se encontró un promedio de 27.8 puntos con un rango de 13 a 40 puntos y una desviación estándar de 5.2

3.2.7.2. ADAPTABILIDAD DE ACUERDO A FAMILIAS CAÓTICAS, FLEXIBLES, ESTRUCTURADAS, Y RÍGIDAS.

En cuanto a la clasificación de las familias con respecto a la puntuación de adaptabilidad se encontró que de las 150 familias, 7.3% eran caóticas, 15.3% eran flexibles, 32.7% estructuradas, y 44.7% rígidas figura 6.

FIGURA 6.



Fuente: Encuesta sobre fobia social y la cohesión y adaptabilidad familiar n =150.

3.2.7.3. ADAPTABILIDAD SEGÚN FAMILIAS EXTREMAS Y BALANCEADAS.

Respecto a la adaptabilidad según familias extremas o balanceadas, se encontró que 78 (52%) eran extremas, y 72 (48%) eran balanceadas.

FIGURA 7.



Fuente: Encuesta sobre fobia social y la cohesión y adaptabilidad familiar n =150.

3.3. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LIEBOWITZ-

3.3.1. TEMOR.

En cuanto a temor, la media correspondió a 14.45 puntos con un rango de los 0 a 60 puntos y una desviación estándar de 11.

3.3.2. EVITACIÓN.

Respecto a evitación los resultados fueron, promedio de 13.4, rango de 0 a 49 puntos y desviación estándar de 10.8

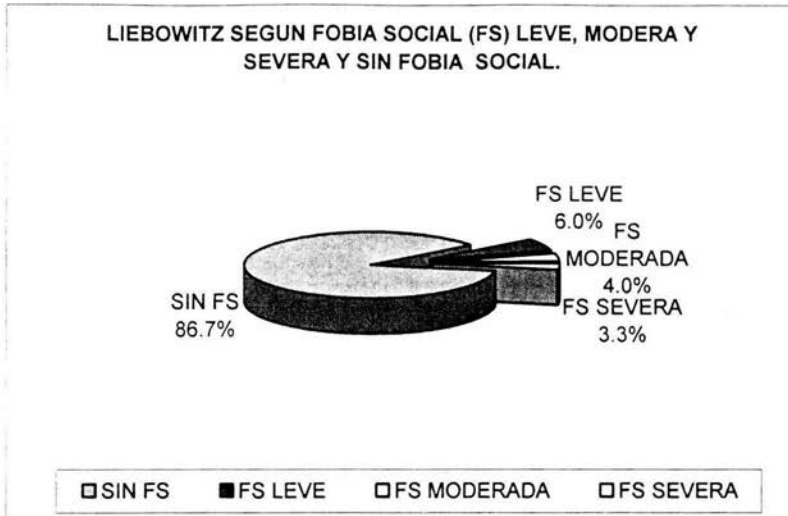
3.3.3. PUNTUACIÓN FINAL EN LIEBOWITZ.

En lo que respecta a la puntuación final obtenida en Liebowitz, se encontró que el promedio fue de 27.9, con un rango de 0 a 89 y una desviación estándar de 20.6.

3.3.4. LIEBOWITZ SEGÚN: SIN FOBIA SOCIAL, FOBIA SOCIAL LEVE, MODERADA Y SEVERA.

En cuanto a la clasificación según la escala e Liebowitz los resultados fueron: Sin fobia social 86.7% con fobia social leve 6%, con fobia social moderada 4% y con fobia social severa 3.3%.

FIGURA 8.



Fuente: Encuesta sobre fobia social y la cohesión y adaptabilidad familiar n =150.

3.4. RESULTADOS DE JI CUADRADA Y COEFICIENTE FI DE ASOCIACIÓN.

En cuanto a la relación de fobia social y cohesión y adaptabilidad familiar, se encontró que no se relacionan pues la ji cuadrada y el coeficiente fi de asociación que se obtuvieron resultaron ser no significativos. Ji cuadrada = 0.042 con una p de 0.0837 $f_i = 0.017$ para cohesión y ji cuadrada = 0.083 con una p de 0.773 y $f_i = -0.024$ para adaptabilidad.

4. DISCUSIÓN.

En el presente estudio de los puntos más relevantes a mencionar fue la frecuencia de fobia social que se encontró a través de las encuestas que fue de 13.3 % que coincide con la prevalencia mencionada por Wittchen y colaboradores en otros países como Estados Unidos y difiere bastante con lo reportado en un estudio realizado en México por Caraveo y colaboradores quienes reportan una prevalencia del 2.6% en personas de 18 a 65 años de edad y con una muestra de 1932 personas, sin embargo los resultados hablan de que quizás la magnitud del problema sea mayor de lo comentado en algunos estudios sobre todo en México y que tal vez la FS si se encuentre sub diagnosticada por los diversos motivos ya comentados en nuestra revisión, por lo que valdría la pena realizar más estudios en nuestro país acerca de la fobia social no solo porque existen muchas cosas por aclarar en cuanto a esta enfermedad sino también porque hay pocos estudios realizados en México, la mayoría de la literatura que habla sobre fobia social es extranjera.

Un segundo punto importante por mencionar es la interrelación de la enfermedad con la familia, en el caso de la presente investigación con la cohesión y adaptabilidad familiar, en lo cual no se encontró relacionado con ninguna de estas características pero que si representa un logro para darle un enfoque desde el punto de vista del médico familiar y que sirve para asentar que en algunas enfermedades sobre todo las de tipo emocional el entorno familiar interviene y en otras no, pero cómo saberlo, tan solo investigándolo, haciendo estudios que relacionen enfermedad con entorno familiar.

En cuanto a los alcances y limitaciones del presente estudio, cabe mencionar sobre todo que no fue una muestra lo suficientemente grande, y tampoco fue representativa de un centro de salud, ni de la población en general; los resultados son válidos únicamente para la muestra de personas estudiadas

En lo referente a posibles sesgos del estudio se encontró el de selección ya que la muestra no fue aleatoria y el sesgo de información que no fue controlable ya que esta fue proporcionada por los pacientes entrevistados y se expone a la posibilidad de mentir por parte del encuestado por lo que la confiabilidad de la información no es total, cabe mencionar que incluso algunos pacientes no dieron su consentimiento para contestar la encuesta lo que dificultó levemente la operación del estudio.

4.1. APLICABILIDAD PRÁCTICA Y CLÍNICA DE LOS RESULTADOS EN EL PERFIL PROFESIONAL, LOS EJES DE ACCIÓN Y LAS ÁREAS DE ESTUDIO DE LA MEDICINA FAMILIAR.

El punto más importante de la aplicabilidad práctica y clínica de los resultados del presente estudio en el perfil profesional de la medicina familiar, radica en que la investigación de una enfermedad, de un paciente, de una familia, de una sociedad debe hacerse de manera integral poniendo especial atención en todo lo que gira alrededor, y en nuestro caso particular agregar el entorno familiar que no siempre influye pero es importante tenerlo en consideración.

Otro de los aspectos importantes del presente estudio es lo referente al aspecto de las familias, ya que en cuanto a circunstancias demográficas cabe resaltar que en nuestro país la familia que tiende a predominar es la nuclear, que la etapa del ciclo de vida familiar en la que más familias se encuentran es en la de dispersión y que quien sigue acudiendo con más frecuencia muy probablemente a las instituciones de salud de acuerdo a su ocupación es la ama de casa, de acuerdo con lo encontrado en el presente estudio; todo lo anterior es de gran relevancia ya que demuestra que el enfoque desde el punto de vista médico familiar esta presente. Esto deja en claro que a los pacientes hay que estudiarlos desde una perspectiva integral, como en este caso que se estudió a un grupo de pacientes que acudieron al centro de salud, se estudio la posibilidad de presentar una enfermedad que no necesariamente fue la causa de la consulta o la atención y se estudió también la posibilidad de que presentara alguna alteración de tipo familiar específicamente en la cohesión y adaptabilidad, lo que permite observar diversos factores que acompañan a una persona y que deben ser estudiados por el Médico Familiar.

Este trabajo abre la posibilidad de realizar otros estudios de fobia social, en base a algunas otras enfermedades de tipo emocional, y en relación con familia por supuesto; debido a que la investigación en estos campos es pobre en nuestro país y aún hay muchas cosas que aclarar, investigar o descubrir.

En cuanto a lo aprendido, para mi en lo personal como investigador responsable el realizar el presente trabajo deja muchas enseñanzas a todos los niveles, desde el como diseñar, y realizar el proyecto de la investigación, hasta lo encontrado en cuanto a demografía de las de familias, fobia social, cohesión y la adaptabilidad de las familias, manejo de programas estadísticos específicamente SPSS; lo cual es de gran valor para mi formación como médico y como persona, y agradezco el haber tenido esta oportunidad de realizarlo y aprender al mismo tiempo.

5. CONCLUSIONES.

El trastorno de ansiedad social como también se le conoce a la FS, a pesar de que en algunos otros trabajos se le menciona como probablemente relacionado con el entorno familiar, en el presente estudio no se le encontró así, la cohesión y la adaptabilidad familiar no influyen o no son un evento que influya en la presentación de la fobia social, con lo cual se cumple el principal objetivo del presente trabajo que era identificar si existía alguna relación de la cohesión y adaptabilidad familiar con la fobia social.

En lo referente a la frecuencia de la Fobia social se encontró un 13.3% de esta, y que difiere con lo mencionado por Caraveo y colaboradores en otro estudio hecho en México en el año 2000; y que nos habla un poco de la magnitud del problema cuando menos en el centro de salud donde se desarrollo el presente trabajo. Éste estudio y sus resultados representan el primer acercamiento de investigación de estudios de fobia social quizás sea conveniente que el tema de investigación sea continuado y se profundice más en su marco metodológico con mayor rigor en su diseño de investigación.

En lo que respecta a la identificación de familias con alteraciones en la cohesión y adaptabilidad (familias extremas) se encontró que en cuanto a cohesión el 32 % de familias eran extremas y en adaptabilidad el 52 % de familias también extremas lo que hace pensar en que sin generalizar exista un alto índice de alteraciones en la cohesión y adaptabilidad familiar en la población estudiada y que quizás muchas de estas situaciones pasen desapercibidas y que talvez requieran ser detectadas y solucionadas para tener familias sanas (balanceadas).

6. REFERENCIAS.

1. Stein MB, McQuaid JR, Laffaye C, McCahill ME. Social phobia in the primary care medical setting. *Journal of Family Practice* 1999; 49(7): 514-519.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría, ciencias de la conducta psiquiatría clínica. 8ª ed., Ed. Médica panamericana, México, 1999.
3. Díaz MA, Madinabeitia MS, Orozco IJ, Gómez EM, Pineda RH, Fouilloux MC. Simposio de Fobia social, XVI Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Huatúlco, Oaxaca, México 1999, p. 10.
4. Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community of adolescents an young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychology Medic* 1999; 29(2): 309-23.
5. Pérez NMA, Cano VA. Intervención en fobia social: Caso clínico: *Revista Electrónica de Psicología*, 1998; 2(2): 1-14.
6. Ruíz OJ. Díaz ELG. Fobia social, Sistema de actualización médica en medicina interna (SAM MI), c -3, Fobia Social. 1ª ed., Ed. Intersistemas, 2000.
7. Stein MB, Marriette J, Chartier RN. A direct interview Family Study of Generalized Social Phobia; *American Journal Psychiatry* 1998; 155(1): 90-97.
8. Kathryn MC, Jonathan RTD, Suzanne S, Richard W. Social Phobia: Issues in assessment and Management. *Epilepsia* 1999; 40(6)560-565.
9. Neufeld KJ, Swartz KL, Bienvenu OJ, Eaton WW, Cai G. Incidence of DIS/DSM-IV social phobia in adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999; 100(1): 186-192.
10. Allgulander C. Paroxetine in social anxiety disorder: a randomized placebo - controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 100(1): 193-198.
11. Balon R. Flovoxamine for phobia of storms, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 100 (1): 244-246.

12. Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity; *Psychological Medicine*, 1999; 29(3): 309-323.
13. Sadock JM, Compendio de psiquiatría, 7ª ed., Ed. Manual Moderno, México 1997.
14. Caraveo AJJ, Colmenares E. Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Mental* 2000; 23(5): 10-19.
15. Siegfried K. Social phobia: the nature of the disorder, *Journal of Affective Disorders* 1998; 50(1): S3-S9.
16. Stein MB, Chavira DA. Subtypes of phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders* 1998; 50(1): S10-S16.
17. Stuart AM. Implications of the severity of social phobia, *Journal of Affective Disorders* 1998; 50(1): S17-S22.
18. Malcolm L. The clinical relevance of treating social phobia. *Journal of Affective Disorders* 1998; 50(1): S23-S34.
19. Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R, Campeas R, Fallon B.A, Gitow A, et.al. Functional Impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994; 55 (8): 322-331.
20. Wittchen HU, Davidson JRT, Manual del clínico sobre los ISRS y la fobia social, Ed. Smith Cline Becham, México 2000.
21. Fahlén T. Personality traits in social Phobia, I: comparisons with healthy controls. *Journal of Clinical Psychiatry* 1995; 56(12): 560-568.
22. Fahlén T. Personality traits in social Phobia, II: Changes during drug treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 1995; 56(12): 569-573.
23. Beidel DC. Social anxiety disorder: Etiology and early clinical presentation, *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59 supl.17: 27-31.

24. Bellenger JC, Jonathan RT, Davidson MD, Yves L, Nutt DJ. Consensus statement on social anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59 supl.17: 54-60.
25. Kessler RC, Stein MB, Berglund P. Social phobia subtypes in the national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155(5): 613-619.
26. Davidson JRT, Miner CM, Veauh-Geiss J, Tupler LA, Colket JT, Potts NLS. The brief social phobia scale: a psycometric evaluación. *Psychological Medicine* 1997; 27(1): 161-166.
27. Nelson EC, Grant JD, Bucholz KK, Glowinski A, Madden PAF, Reich W, Heath AC. Social phobia in a population-based female adolescent twin sample: comorbidity and associated suicide related symtoms. *Psychological Medicine* 2000; 30(3):797 - 804.
28. Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *European Psichiatry* 2000; 15 (1): 17 - 24.
29. Barreto RP, Corral MME, Muñoz LJ, Boncompte VMP, Sebastián GR, Solá GM. Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud, Atención Primaria 1998; 22(8): 491 - 496.
30. Psychometric properties of the Liebowitz social anxiety scale. *Psychological medicine*1999; 29(3): 199 - 212.
31. Vallejo J. Fobias, introducción a la psicopatología y la psiquiatría. *Psiquiatría general*. 8ª ed., Ed. Manual moderno,México 1999
32. Gómez CFJ, Irigoyen CA, Ponce RER., Mazón RJJ, Dickinson BME, Sánchez GME, Fernández OMA. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales) *Arch Med Fam* 1999; 1(3): 73-79.
33. Gómez CFJ, Irigoyen CA, Ponce RER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(2): 45-57.
34. Hudson JL, Rapee RM. The origins of social phobia, *Behavior Modifi* 2000; 24(1): 102-29.

35. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de Salud, México 1984.
36. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Enmendada por la 52^a Asamblea General. Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Gaceta Médica México 2001; 137(4): 390-400.
37. Gómez CFJF, Irigoyen CAE, Ponce RER, Bases para la investigación en las especialidades médicas, guía para el seminario de investigación del PUEM, 1^a ed, Ed. Medicina Familiar Mexicana, México 1999.
38. González GMP, Bascaran FMT, Saíz MPA, Evaluación psicométrica de la fobia social (trastorno de ansiedad social).[Citado: junio 2001]; [7 pantallas] disponible en URL: <http://www.psiquiatria.com>
39. Hattema JM, Neale MC, Kendler KS, Epidemiología genética de los trastornos de ansiedad: revisión y meta análisis. Am J psychiatry (ed Mex), 2002; 1(1): 11- 20.
40. Lieb R, Wittchen HU, Hofler M, Fuetsch M, Stein MB, Merikangas KR. Parental psychopathology, Parenting styles, and the risk of social phobia in offspring. Archives genetics psychiatry, 2000; 57(9): 859 – 866.

7. ANEXOS.

Anexo 1.

ENCUESTA SOBRE FOBIA SOCIAL, COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR.

PRESENTACIÓN.

La presente encuesta tiene como finalidad: conocer si existe alguna relación entre la enfermedad (fobia social) y la cohesión y adaptabilidad de las familias.

Ésta investigación tiene la autorización para realizarse en esta unidad de salud, la información que se obtenga mediante sus respuestas será de carácter confidencial y anónima, y será obtenida de manera voluntaria.

Si usted siente que alguna pregunta o más le causan incomodidad o molestia está en su libre derecho de no contestarla respetando su decisión y forma de pensar, de igual manera si se siente agredido o lastimado en su intimidad o dignidad, la encuesta será interrumpida y destruida frente a usted, concluyendo así su valiosa colaboración.

La información que se obtenga se utilizará con fines de investigación médica y mejorar la atención hacia los pacientes que acuden a utilizar los servicios que proporciona éste centro de salud.

El cuestionario consta de 44 preguntas y una ficha de identificación familiar y se contesta aproximadamente en 15 a 20 minutos.

ACEPTA USTED CONTESTARLA. SI. _____ NO. _____

INSTRUMENTO PARA FOBIA SOCIAL Y COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN,

Encuesta numero: _____
Total de integrantes de su familia: _____.

	Parentesco	Edad	Sexo	Edo. Civil.	Ocupación	Escolaridad
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						

ESCALA DE EVALUACION DE FACES III.

Conteste las preguntas de acuerdo a las siguientes opciones:

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE.
1	2	3	4	5

ESCALA DE EVALUACION DE FACES III.		
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si	
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas	
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	
11	Nos sentimos muy unidos	
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones	
13	Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente	
14	En nuestra familia las reglas cambian	
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia	
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones	
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad	
19	La unión familiar es muy importante	
20	Es difícil decir quién hace las labores del hogar	

ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL DE LIEBOWITZ (EASL).

INSTRUCCIONES: Llene el siguiente cuestionario con la respuesta más apropiada en cada caso. Base su respuesta en su experiencia de la semana pasada o si ha llenado la escala previamente, sea lo más consistente posible de acuerdo con su percepción en la situación descrita. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

TEMOR O ANSIEDAD	EVITACIÓN.
0 = NINGUNO	0 = NUNCA.
1 = LEVE	1 = OCASIONALMENTE (1-33% DEL TIEMPO).
2 = MODERADO	2 = A MENUDO (34 – 67% DEL TIEMPO).
3 = SEVERO	3 = USUALMENTE (68 – 100% DEL TIEMPO).

	LIEBOWITZ	TEMOR O ANSIEDAD.	EVITACIÓN
1	Telefonar en público		
2	Participar en pequeños grupos		
3	Comer en lugares públicos		
4	Beber con otros en lugares públicos		
5	Hablarle a la gente con autoridad		
6	Actuar, desempeñarse o dar una platica en frente de una audiencia		
7	Ir a una fiesta		
8	Trabajar mientras lo observan		
9	Escribir mientras lo observan		
10	Llamar a alguien que no conoce muy bien		
11	Hablar con gente que no conoce muy bien		
12	Conocer a extraños		
13	Orinar en un baño público		
14	Entrar en un cuarto cuando los otros ya están sentados		
15	Ser el centro de atención		
16	Hablar en una junta		
17	Realizar un examen por escrito		
18	Expresar desagrado o desaprobación a la gente que no conoce muy bien		
19	Mirar a la gente que no conoce muy bien a los ojos		
20	Dar un reporte a un grupo		
21	Tratar de hacer amistad con alguien		
22	Devolver mercancías a una tienda cuando las devoluciones son normalmente aceptadas		
23	Dar una fiesta promedio		
24	Resistir la gran presión de un vendedor.		
	SUBTOTAL		
	TOTAL		