


Artículo original
Prevalencia de abuso y dependencia de alcohol en adultos con fobia social en Medellín

Gabriel Felipe Peña-Salas^{a,*}, José Bareño^b, Dedsy Yajaira Berbesi Fernández^c y Silvia L. Gaviria^d
^a Médico Residente 3.º año de Psiquiatría, Universidad CES, Medellín, Colombia

^b Médico epidemiólogo e investigador, Grupo de Investigación en Salud Mental, Universidad CES, Medellín, Colombia

^c Enfermera Magíster en Epidemiología, Grupo de Investigación en Salud Mental, Universidad CES, Medellín, Colombia

^d Médica Psiquiatra, Directora del Programa de Psiquiatría, Investigadora, Grupo de Investigación en Salud Mental, Universidad CES, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de octubre de 2013

Aceptado el 18 de noviembre de 2013

On-line el 2 de junio de 2014

Palabras clave:

Fobia social

Abuso

Dependencia

Alcohol

Prevalencia

R E S U M E N

Introducción: Presentar fobia social podría inducir al consumo de alcohol para tener mayor asertividad social, corriendo el riesgo de convertir dicho consumo en trastorno por abuso o dependencia al alcohol. El objetivo del estudio es estimar la prevalencia de comorbilidad entre fobia social y consumo patológico de alcohol en adultos de la ciudad de Medellín y el comportamiento de la comorbilidad según el género, edad, presencia de figura paterna en la niñez y nivel educativo.

Metodología: Análisis secundario de la base de datos del Primer Estudio Poblacional de Salud Mental realizado en la ciudad de Medellín en los años 2011-2012 basado en la metodología que guió al Estudio Mundial de Salud Mental coordinado por la OMS-HARVARD.

Resultados: La prevalencia de vida para abuso y dependencia en quienes tienen fobia social fue del 24,1% y 11,2% respectivamente. Para personas sin fobia social las prevalencias fueron del 13% para abuso y 4,4% para dependencia (OR = 2,11 para abuso; OR = 2,46 para dependencia). La prevalencia anual de personas con fobia social que abusen o dependan de alcohol, fue de 7,8% y 5,9% respectivamente frente a los que no padecen del trastorno con prevalencias del 3,4% y 1,7% (OR = 2,39 para abuso y OR = 3,57 para dependencia).

Discusión: Se encontró asociación muy significativa en las prevalencias de vida y anual entre fobia social y el consumo patológico de alcohol. De igual manera se encontró relación estadísticamente significativa respecto a las variables asociadas a la fobia social; sin embargo, se necesitan más estudios para confirmar o rechazar estas asociaciones.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gfps.007@yahoo.com (G.F. Peña-Salas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.011>

0034-7450/© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Prevalence of Alcohol Abuse and Dependence in Adults With Social Phobia in Medellin

A B S T R A C T

Keywords:

Social phobia
Alcohol abuse
Alcohol dependence
Prevalence

Introduction: Having a social phobia may lead to consuming alcohol for greater social assertiveness, running the risk of leading to an abuse disorder or alcohol dependence. The aim of the study was to estimate prevalence of pathological comorbidity between social phobia and alcohol consumption in adults of the city of Medellin, and the behavior of comorbidity by gender, age, presence of a father figure in childhood, and education.

Methods: Secondary analysis of the database of the first Mental Health Population Survey conducted in the city of Medellin in 2011 and 2012 based on the methodology of the World Mental Health Survey guidelines and coordinated by WHO-HARVARD.

Results: The lifetime prevalence of abuse and dependence in people with social phobia was 24.1% and 11.2%, respectively. For people with social phobia the prevalence was 13% for abuse and 4.4% for dependence (OR = 2.11 for abuse, OR = 2.46 for dependence). Annual prevalence of people with social phobia who abused or were dependent on alcohol was 7.8% and 5.9%, respectively, compared to those who do not suffer from this disorder, with a prevalence of 3.4% and 1.7%, respectively (OR = 2.39 for abuse and OR = 3.57 for dependence).

Discussion: There was significant correlation in the annual and lifetime prevalence between social phobia and the pathological consumption of alcohol. Statistically significant relationships were found for the variables associated with social phobia, however, more work is needed to confirm or refute these associations.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Se sabe que la ansiedad tiene una presencia casi universal en la vida de los seres humanos. Entrevistarse con alguien en busca de trabajo, sostener un examen oral o una tesis o estar frente a una situación potencialmente peligrosa son vivencias que la mayor parte de la población afronta en algún momento de la vida. A su vez, dichas experiencias pueden acompañarse de manifestaciones típicas de la ansiedad, como taquicardia, manos sudorosas, preocupación, aceleración de la respiración, temor, aprensión y rigidez muscular, entre otras¹.

Como parte fundamental del estudio de los trastornos de ansiedad y específicamente de los trastornos fóbicos, se debe tener en cuenta la diferencia entre miedo, ansiedad y fobia. El primero se define como una emoción de tipo defensivo provocada por la aparición (real o simbólica) de un estímulo que supone una amenaza, real o imaginada, para el sujeto¹. El miedo, por lo tanto, tiene la función de proteger al organismo de peligros potenciales para su supervivencia. La ansiedad está descrita como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de disforia y/o síntomas somáticos de tensión².

La fobia se configura como un tipo especial de miedo, cuya característica principal es su irracionalidad, es decir, que no justifica la aparición de dicho miedo desde la perspectiva de la supervivencia del sujeto, y que se acompaña de una sobre-activación del sistema de defensa del organismo¹.

Las fobias están clasificadas dentro de los trastornos de ansiedad en tres grandes grupos, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM)³ en su cuarta versión revisada: agorafobia, fobia específica y fobia social. Se

incluyó como categoría diagnóstica en el DSM-III en 1980 por estudios previos de Marks y Gelder en 1966 y se consolidó más tarde por el primero en 1970⁴; sin embargo, el concepto de fobia social había tomado cierta forma mucho tiempo atrás: Robert Burton (en 1645), en su *Anatomía de la Melancolía*, realiza descripciones detalladas sobre el tema. En 1807, Pitres y Regis describieron casos de angustia social denominándola eretofobia o miedo a sonrojarse; para 1875, Westphal detallaba el primer caso de agorafobia. En 1903, Janet acuñó el término *phobie des situations* con el ánimo de detallar el comportamiento de personas que tenían miedo extremo a hablar en público, tocar el piano o escribir mientras los están observando⁴. Nichols, en 1974, agregó que, acerca de la fobia social, es esencial tener en cuenta «la excesiva sensibilidad a la desaprobación, la crítica, una baja autoevaluación y ansiedad anticipatoria»⁵.

Actualmente, la fobia social o ansiedad social se define como el temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar y a la posible evaluación de los demás. La persona teme actuar de manera humillante o vergonzosa ante los demás, y pueden producirse crisis de angustia tan importantes que podrían derivar en crisis de pánico. Todo ello terminaría generando una significativa disfuncionalidad familiar, laboral y social^{3,4}.

La fobia social es un trastorno frecuentemente subdiagnosticado^{6,7}. Varios estudios han mostrado que es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la población general, con una prevalencia entre el 4 y el 7%^{6,8} que, según algunos autores⁷, puede llegar hasta el 13,3%, lo que hace de ella un diagnóstico de suma importancia dentro del grupo de trastornos de ansiedad y específicamente en los

trastornos fóbicos. Alrededor del 85% de las personas que presentan fobia social tienen un inicio en la adolescencia⁸, y es más común en las mujeres⁹; sin embargo, nuevos trabajos refieren que la frecuencia está presentándose igualmente en ambos sexos¹⁰. Otras variables importantes son la carga genética, el nivel educativo y socioeconómico bajo y ser soltero¹¹. Un estudio de 1999¹² señaló que es el tercer trastorno psiquiátrico más frecuente que puede afectar a una persona durante toda la vida.

En el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia en 2003¹³, se encontró que la prevalencia vital de fobia social tanto en varones como en mujeres es del 5,1%, y la prevalencia anual, del 2,1% en varones y el 2,8% en mujeres; la edad de inicio presentó una mediana de 14 años y la prevalencia es más alta entre solteros (6,1%) que entre los casados (4,5%). En el estudio de salud mental realizado en Medellín en 2011-2012¹⁴, se encontró que, en el total de la población, la prevalencia anual fue del 3,04%, el 3,38% de las mujeres y el 2,47% de los varones, con una razón mujeres:varones de 1,4:1.

Se han descrito diversos factores asociados a la fobia social, tanto en la génesis como en el mantenimiento del trastorno¹⁵, y se ha hallado, entre otros, los evolucionistas, neurobiológicos, genéticos, familiares y ambientales. De los dos factores familiares, se debe resaltar las formas de crianza y de apego, ser abandonado y el pobre contacto en situaciones sociales¹⁵; de los factores ambientales, llaman la atención el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), principalmente alcohol¹⁶.

El consumo de alcohol se considera un grave problema de salud pública¹⁷. Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud del año 2007¹⁷, el consumo de alcohol en América latina está directamente relacionado con más de 60 condiciones mórbidas, que incluyen las alteraciones relacionadas con el consumo excesivo de alcohol durante el embarazo, que afectaría al feto, como también otras enfermedades de presentación más tardía, como cáncer, enfermedad cardiovascular o hepática y condiciones neuropsiquiátricas, como la demencia. Además, está implicado de manera indirecta con violencia intrafamiliar, accidentes de tránsito y lesiones personales. En Colombia, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias llevado a cabo en 2009¹⁸ encontró que, en mayores de 17 años, el consumo de alcohol durante la vida era del 88%; en el último año, del 74%, y en el último mes, del 29,9%. Asimismo, en 2005 se realizó un estudio en Bogotá¹⁹, que encontró que los estudiantes universitarios consumían alcohol para facilitar la interacción con el sexo opuesto, tener mayor expresión verbal y sentirse más desinhibidos.

La dependencia y el abuso del alcohol son dos formas diferentes del problema con la bebida. En la dependencia se presentan signos de adicción física (tolerancia y abstinencia) y se continúa consumiendo a pesar de conocer las consecuencias que ello trae, como adquirir comorbilidad médica y psiquiátrica, pérdida de la unidad familiar y despidos laborales, entre otros. En el abuso, no hay abstinencia ni tolerancia, pero pueden ocurrir los otros ítems ya mencionados¹⁶. Las categorías diagnósticas se especifican con más detalle en el DSM-IV-TR³.

Por otra parte, existen estudios²⁰⁻²² que demuestran la asociación directa entre padecer un trastorno fóbico, específicamente de tipo social, y la ingesta de alcohol, ya sea en forma de abuso o de dependencia. Esta relación se observa por los

efectos típicos que produce el consumo de alcohol, entre otros la desinhibición y la mayor sensación de autoconfianza^{23,24}, lo que resulta en que el sujeto fóbico aprende que este podría ser un medio eficaz para relacionarse socialmente y tener un desempeño adecuado frente a los otros, corriendo el riesgo de crear una adicción a esta sustancia^{19,23,24}. Garber et al²⁵ establecieron en 2001 tres criterios para determinar si una variable puede considerarse factor de riesgo cuando las investigaciones se interesan en trastornos mentales: a) el factor de vulnerabilidad debe estar correlacionado con el resultado; b) además, debe tener relación temporal precedente, es decir, ser previo al evento, y c) la relación establecida entre dicho factor y el resultado no debe ser espuria (la relación no se debe a una tercera variable). Así, respecto al primer criterio, la fobia social presenta covarianza con consumo patológico de alcohol según lo reportado por Morris et al²⁶. Para el segundo criterio, al determinar la edad promedio para iniciar abuso o dependencia de alcohol, la FS precede su aparición^{22,27,28}. Diferentes estudios de corte prospectivo muestran relación entre fobia social y consumo de alcohol, aunque definida más como asociación que como causalidad. Un estudio alemán realizado con adolescentes y adultos jóvenes en 2003²⁹ señaló que la presencia de fobia social llevaría a consumir alcohol de manera significativa, pero sin llegar al abuso ni a la dependencia, y otro estudio³⁰ reportó que la presencia de síntomas subclínicos de fobia social podría llevar al consumo patológico de alcohol 13 años más tarde. Según el tercer criterio, en realidad son pocos los estudios respecto a este punto; no obstante, los resultados indican que la fobia social se relaciona con el consumo patológico de alcohol incluso después de controlar variables como sexo, edad y trastornos del eje I, como depresión o ansiedad²⁷.

Resumiendo, la literatura en el tema señala que la fobia social parece ser un riesgo, si no de aparición de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol, sí de alcanzar estadios cercanos al abuso de esta sustancia. De igual manera, esta asociación podría ser más específica para fobia social que para otras variables que, no menos importantes, pueden presentarse concomitantemente.

Para la realización del presente estudio, se tuvo en cuenta la base de datos del Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012¹⁴. La información se recogió mediante entrevistas realizadas en el hogar por entrevistadores legos, que aplicaron la versión del CIDI-CAPI como base para la estimación de las prevalencias de los trastornos mentales a lo largo de la vida (prevalencia vital), en el último año (prevalencia anual) y prevalencia reciente (en los últimos 30 días); se utilizaron los criterios del DSM-IV para la definición de dichos trastornos.

Cabe destacar que el estudio mundial se ha llevado a cabo paralelamente en 28 países con la metodología aplicada para el Estudio Mundial de Salud Mental (coordinado por el consorcio OMS-HARVARD). Este gran estudio tiene como fin proporcionar información y datos actualizados que sean confiables y válidos y permitan comparar los resultados obtenidos desde una perspectiva transcultural.

El objetivo del presente estudio es estimar la prevalencia de comorbilidad entre fobia social y abuso y dependencia de alcohol en mayores de 18 años de la ciudad de Medellín, explorando además el comportamiento de la comorbilidad según el

sexo, grupos etarios, presencia o ausencia de figuras paternas en la niñez y nivel educativo.

Metodología

El trabajo de investigación se desarrolla a partir de un análisis secundario de la base de datos del Primer Estudio Poblacional de Salud Mental realizado en la ciudad de Medellín en los años 2011-2012¹⁴. Se trata de un estudio comparativo, de personas con y sin fobia social de acuerdo a características sociodemográficas, y dependencia, abuso y uso del alcohol.

El actual estudio aplica la metodología adaptada para la evaluación de la pregunta de investigación propuesta en el estudio a través del análisis de la patología dual basado en fuentes secundarias. La población del estudio original, seleccionada al azar, con residencia fija y teniendo en cuenta tanto las comunas como los corregimientos del municipio, tuvo un tamaño muestral total de 4.176 personas, de las que 1.673 pertenecían a la franja de 18–65 años de edad.

Las variables estudiadas en este grupo de personas son: trastornos por consumo patológico de alcohol (abuso y dependencia) y trastorno por fobia social; tres variables sociodemográficas: edad, sexo y nivel educativo, y presencia de figura paterna en la niñez, para lo cual se dividió a la población en dos grupos; el primero —Con figura paterna— incluyó a las personas que tuvieron cualquier tipo de figura parental, ya sea padre biológico, adoptivo, padrastro u otro hombre; el segundo grupo —Sin figura paterna— incluyó a las personas con fobia social que no tuvieron esa figura durante sus primeros años de vida. Como resultado, se calcularon prevalencias vital y anual, las *odds ratio* (OR) y los intervalos de confianza del 95% (IC95%).

El proyecto original fue aprobado por el comité de ética de la Universidad CES, y a todas las personas encuestadas se les solicitó que firmaran el consentimiento informado. Para este

Tabla 1 – Prevalencia de fobia social en el primer estudio de salud mental de Medellín 2011-2013 (n = 1.673)

| | Prevalencia, n (%) |
|-----------------|--------------------|
| Vital | 137 (8,37) |
| Último año | 102 (6,23) |
| Últimos 30 días | 29 (1,77) |

análisis secundario de la base de datos del estudio, se solicitó permiso al grupo coordinador del estudio.

Resultados

De las 4.176 personas encuestadas, 1.673 personas eran mayores de 18 años; 137 cumplían criterios de trastorno de fobia social durante la vida y 102 en el último año de estudio; así, el comportamiento de la fobia social en la vida fue del 8,37% y la prevalencia anual alcanzó el 6,23% (tabla 1).

Prevalencia de vida y del último año de abuso de alcohol en personas con fobia social

En todas las variables estudiadas se observó una prevalencia vital mayor en las personas que presentan conjuntamente los dos trastornos; se encontró que la prevalencia vital es más alta en mujeres con fobia social que en los varones y las mujeres que no tienen el trastorno fóbico. Fue más significativa la prevalencia en el grupo de 19–44 años (15,3%) que las personas del mismo grupo de edad que no tienen fobia social (8,1%). Respecto al nivel educativo, la prevalencia vital entre las personas que no tenían un nivel avanzado de educación y tenían los dos trastornos concomitantemente fue del 21,1%, significativamente superior que el de quienes no sufren fobia social y presentan abuso de alcohol, cuya prevalencia vital fue del 4,2%. Llama la atención que la presencia de figura paterna en la niñez es más frecuente en quienes tienen fobia social, al

Tabla 2 – Prevalencia de abuso de alcohol en pacientes con y sin fobia social

| | Abuso de alcohol | | | |
|------------------------|------------------|-----------------|--------------|-----------------|
| | En la vida | | Último año | |
| | FS (n = 137) | SFS (n = 1.536) | FS (n = 102) | SFS (n = 1.571) |
| Sexo | | | | |
| Varones | 33 (24,0) | 200 (12,9) | 8 (7,8) | 54 (3,4) |
| Mujeres | 15 (10,9) | 134 (8,7) | 4 (3,9) | 38 (2,4) |
| Edad | | | | |
| 19-44 años | 18 (13,1) | 66 (4,2) | 4 (3,9) | 16 (1,0) |
| 45-65 años | 21 (15,3) | 125 (8,1) | 6 (5,8) | 45 (2,8) |
| 45-65 años | 12 (8,8) | 75 (4,8) | 2 (2,0) | 9 (0,5) |
| Nivel educativo | | | | |
| Hasta secundaria | 29 (21,1) | 65 (4,2) | 8 (7,9) | 47 (2,9) |
| Educación superior | 4 (2,9) | 6 (0,3) | 0 | 7 (0,4) |
| Figura paterna | | | | |
| Con figura paterna | 27 (19,0) | 158 (10,2) | 6 (5,9) | 37 (2,3) |
| Sin figura paterna | 6 (5,1) | 42 (2,7) | 2 (2,0) | 17 (1,0) |

FS: fobia social; SFS: sin fobia social.

Los valores expresan n (%).

Tabla 3 – Prevalencia de dependencia del alcohol en pacientes con y sin fobia social

| | Dependencia del alcohol | | | |
|------------------------|-------------------------|-----------------|--------------|-----------------|
| | En la vida | | Último año | |
| | FS (n = 137) | SFS (n = 1.536) | FS (n = 102) | SNS (n = 1.571) |
| Sexo | | | | |
| Varones | 14 (10,2) | 68 (4,4) | 6 (5,9) | 27 (1,6) |
| Mujeres | 10 (7,3) | 48 (3,1) | 4 (3,9) | 21 (1,3) |
| Edad | | | | |
| 19-44 años | 8 (5,8) | 40 (2,6) | 6 (5,8) | 23 (1,3) |
| 45-65 años | 6 (4,4) | 28 (1,8) | 0 | 4 (0,3) |
| Nivel educativo | | | | |
| Hasta secundaria | 11 (8,0) | 62 (4,0) | 6 (5,9) | 24 (1,5) |
| Educación superior | 3 (2,2) | 6 (0,4) | 0 | 3 (0,1) |
| Figura paterna | | | | |
| Con figura paterna | 11 (8,0) | 53 (3,4) | 4 (3,9) | 21 (1,3) |
| Sin figura paterna | 3 (2,2) | 15 (0,9) | 2 (2,0) | 6 (0,3) |

FS: fobia social; SFS: sin fobia social.
Los valores expresan n (%).

Tabla 4 – Asociación de prevalencia de abuso y dependencia de alcohol en la vida y último año entre personas con y sin fobia social

| | Prevalencia vital | | OR (IC95%) | Prevalencia anual | | OR (IC95%) |
|------------------------|-------------------|------|------------------|-------------------|------|------------------|
| | FS | NFS | | FS | NFS | |
| Consumo de alcohol | 89,8 | 85,1 | 1,53 (0,87-2,72) | 53,9 | 42,6 | 1,58 (1,05-2,36) |
| Abuso de alcohol | 24,1 | 13,0 | 2,11 (1,39-3,22) | 7,8 | 3,4 | 2,39 (1,11-5,17) |
| Dependencia de alcohol | 11,2 | 4,4 | 2,46 (1,34-4,49) | 5,9 | 1,7 | 3,57 (1,44-8,86) |

FS: fobia social; NFS: sin fobia social.
Los valores expresan n (%).

contrario de quienes no la tuvieron. Con respecto a la prevalencia anual, los resultados fueron muy similares a los de prevalencia vital (tabla 2).

Prevalencia vital y del último año de dependencia de alcohol en personas con fobia social

Estas prevalencias no presentaron diferencias importantes respecto a las de abuso ya descritas, excepto que la prevalencia vital entre los varones fue del 7,3%, 4,4 puntos más alta que en mujeres; en las variables grupo etario y educación superior no hay diferencias significativas en la prevalencia anual. La presencia de figura paterna en la niñez, para las dos prevalencias, fue mayor entre quienes presentan los dos trastornos que entre quienes presentan solamente dependencia al alcohol (tabla 3).

Prevalencia vital y anual de consumo patológico de alcohol entre personas con y sin fobia social

Las prevalencias vitales de abuso y dependencia de alcohol entre las personas con fobia social fueron del 24,1 y el 11,2% respectivamente. Entre quienes no sufren el trastorno fóbico, estas prevalencias fueron del 13 y el 4,4%; las probabilidades de alcanzar abuso de alcohol y dependencia de la sustancia son

2,11 y 2,46 puntos mayores entre las personas que padecen fobia social que entre quienes no.

Al observar la prevalencia anual de personas con fobia social que abusen o dependan del consumo de alcohol, el 7,8 y el 5,9% respectivamente, frente a los que no padecen el trastorno fóbico (el 3,4 y el 1,7%). La probabilidad de llegar al abuso para las personas con fobia social es 2,39 veces más alta que para quienes no tienen el trastorno; de igual manera, respecto a la dependencia, la probabilidad es 3,57 veces mayor para los que padecen de fobia social. Todos los intervalos de confianza, tanto para la prevalencia vital como para la anual, fueron estadísticamente significativos (tabla 4).

Discusión

Se realizó una búsqueda de estudios en PubMed, HINARI y MEDLINE, a fecha 1 de agosto de 2013, que mostraran las prevalencias vital y anual, en forma de comorbilidad, entre fobia social y abuso/dependencia de alcohol. Se encontró un solo estudio realizado en 2010³¹, el cual afirma asimismo que no hay trabajos de investigación en epidemiología sobre la comorbilidad entre estos dos trastornos, a pesar de su fuerte asociación y de las diferencias puntuales existentes entre fobia social y otros trastornos de ansiedad³¹. En nuestro estudio, la prevalencia a lo largo de la vida entre las personas que

padecen fobia social y abusan o dependen del alcohol fue del 24,1% (OR = 2,11) y el 11,2% (OR = 2,46) respectivamente. Las prevalencias de vida reportadas por Schneier son del 20,9% (OR = 1,2) de las personas con fobia social que abusan del alcohol y el 27,3% (OR = 2,8) de quienes presentan dependencia y concomitantemente tienen el trastorno fóbico. Aunque las diferencias de estos resultados podrían explicarse por la utilización de diferentes métodos y escalas de medición, la comorbilidad sigue siendo muy alta según lo muestran los dos estudios. En el nuestro, es interesante encontrar que, a medida que aumenta el problema del consumo de alcohol, empeora el trastorno por fobia social (tabla 4).

Con respecto a las variables sociodemográficas, la edad de inicio del trastorno fóbico está en 14-16 años, y es muy raro encontrarla después de los 25⁸. Nuestro estudio encontró que la población entre 19 y 44 años tenía prevalencias vital y anual más altas que las encontradas en el grupo de más de 45 años, por lo que podría haber cierta relación con la edad de inicio. Respecto al sexo, existen estudios^{9,10} que encontraron más frecuencia de fobia social en las mujeres que en los varones, con una relación de 3:1. Nuestro estudio encontró que las prevalencias vital y anual son mayores en mujeres con fobia social que abusan de alcohol; no obstante, encontramos que estas prevalencias son mayores en los varones cuando se asocian a dependencia de alcohol, lo que podría decirnos, de acuerdo con nuestros resultados, que el consumo patológico de alcohol sería más grave para los varones que padezcan fobia social.

Varios estudios^{11,32,33} reportan un nivel educativo más bajo en los sujetos con fobia social; nuestro estudio mostró que las prevalencias vital y anual fueron significativamente más altas en personas con fobia social que no cursaron estudios superiores. Diferentes estudios acerca de la presencia de la figura paterna en la infancia temprana³⁴⁻³⁶ reportan que aquella podría influir en la aparición del trastorno fóbico si los rasgos parentales se asocian a autoritarismo marcado, falta de calidez, rechazo o sobreprotección. En nuestro estudio, la presencia de figura paterna no parece ser un factor protector.

El estudio encontró una fuerte asociación entre consumo patológico de alcohol, ya sea en forma de abuso o de dependencia, en personas que padecen fobia social respecto a consumidores patológicos que no presentan el trastorno fóbico, con una significación estadística importante; según nuestros hallazgos (tabla 4), a medida que aumenta el consumo patológico de alcohol, el trastorno es más prevalente. Es decir, el abuso y la dependencia del alcohol de las personas que padecen fobia social tendría más gravedad que la de quienes no padecen el trastorno fóbico. Por otro lado, los datos encontrados en las otras variables estudiadas mostraron asociaciones ya descritas previamente en otros estudios aquí referidos, exceptuando la presencia de figura paterna en la niñez. Esto podría corresponder al diseño de nuestro estudio.

Este análisis secundario proporciona datos muy importantes e interesantes desde el punto de vista epidemiológico, sobre todo en demostrar la comorbilidad existente entre trastornos asociados al consumo de alcohol y la presencia de otro diagnóstico subyacente, al tiempo que invita a reflexionar acerca de la relevancia de hacer un diagnóstico precoz de la enfermedad mental antes de sumar otras comorbilidades. Según el estudio poblacional realizado en esta ciudad, las cifras tanto de fobia social como de consumo patológico de

alcohol reflejan un problema de gran importancia que hace necesario continuar estudiando e investigando esta relación mucho más a fondo. Es conveniente, por lo tanto, resaltar la urgencia de diseñar otro tipo de estudios, más específicos, que puedan darnos más luces sobre lo que realmente se esconde detrás de las cifras que obtuvimos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Navarro JP, Martínez Selva JM. Reactividad fisiológica y actividad cerebral en las fobias específicas. *Escritos de Psicología*. 2009;3:43-54.
2. Bulbena Vilarrasa A. Guía de práctica clínica para el manejo de los pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria: definición, manifestaciones clínicas y clasificaciones. Madrid: Agencia Laín Entralgo, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2008.
3. Leibowitz MR, Barlow D. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto revisado (DSM IV-TR); Trastornos de ansiedad. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
4. Furmark T. Social phobia. From epidemiology to brain function. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, Faculty of Social Sciences; 2000.
5. Maj M, Akiskal HS, López-Ibor JJ, Okasha A. Phobias. London: John Wiley & Sons; 2000.
6. Wancata J, Fridl M, Friedrich F. Social phobia: epidemiology and health care. *Psychiatria Danubina*. 2009;21:520-4.
7. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity and comorbidity of 12 months DSM IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:617-27.
8. Brunello N, Den Boer JA, Judd LL, Kelsey JE, Lader M, Lecrubier Y, et al. Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Br J Psychiatry*. 2007;168 Suppl 30:49-58.
9. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2006;51:100-13.
10. Den Boer JA. Social phobia: epidemiology, recognition, and treatment. *Clinical review BMJ*. 1997;315:796-800.
11. Hudson JL, Rapee RM. The origins of social phobia. *Behav Modif*. 2000;24:102-29.
12. Timothy JB. Social anxiety disorder: a common, underrecognized disorder. *Am Fam Phys*. 1999;60:2311-20.
13. Posada-Villa JA, Rodríguez-Ospina M. Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *NOVA*. 2006;4:33-41.
14. Torres de Galvis Y. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Medellín: The WHO World Mental Health Survey Consortium. Secretaría de Salud de Medellín-Grupo de Salud Mental. 2012.
15. Bitran S, Barlow DH. Etiology and treatment of social anxiety: a commentary. *JCLP/In Session*. 2004;60:881-6.
16. Lingford-Hughes A, Potokar J, Nutt D. Treating anxiety complicated by substance misuse. *Adv Psychiatr Treat*. 2002;8:107-16.

17. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
18. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia. 1.ª ed. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2011.
19. Camacho Acero I. Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta Colomb Psicol.* 2005;13:91-119.
20. Sierra JC, Zubeidat I. Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal-Estar e Subjetividade/Fortaleza.* 2006;6:472-517.
21. Rey CA, Aldana D. Estado del arte sobre el tratamiento de la fobia social. *Revista Terapia Psicológica.* 2006;24:191-200.
22. Kessler RC, Crum RM, Warner LA. Lifetime co-occurrence of DSM III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54:313-21.
23. Buckner JD, Eggleston AM, Schmidt NB. Social anxiety and problematic alcohol consumption: The mediating role of drinking motives and situations. *Behav Ther.* 2006;37:381-91.
24. Ham LS, Bonin M, Hope DA. The role of drinking motives in social anxiety and alcohol use. *J Anxiety Disord.* 2007;21:991-1003.
25. Garber J, Hollon SD. What can specificity designs say about causality in psychopathology research? *Psychol Bull.* 1991;110:129-36.
26. Morris EP, Stewart SH, Ham LS. The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: a critical review. *Clin Psychol Rev.* 2005;25:734-60.
27. Buckner JD, Schmidt NB, Lang AR, Small J, Schlauch RC, Lewinsohn PM. Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *J Psychiat Res.* 2008;42:230-9.
28. Terra MB, Barros HMT, Stein AT, Figueira I, Jorge MR, Palermo LH, et al. Social anxiety disorder in 300 patients hospitalized for alcoholism in Brazil: high prevalence and undertreatment. *Comprehens Psychiatry.* 2006;47:463-7.
29. Zimmermann P, Wittchen H-U, Höfler M, Pfister H, Kessler RC, Lieb R. Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychol Med.* 2003;33:1211-22.
30. Crum RM, Pratt LA. Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: a prospective analysis. *Am J Psychiat.* 2001;158:1693-700.
31. Schneier FR, Foose TE, Hasin DS, Heinberg RG, Liu SM, Grant BF, et al. Social anxiety disorder and alcohol use disorder comorbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med.* 2010;40:977-88.
32. Kashdan TB, McKnight PE, Richey JA, Hofmann SG. When social anxiety disorder co-exists with risk-prone, approach behavior: investigating a neglected, meaningful subset of people in the National Comorbidity Survey-Replication. *Behav Res Ther.* 2009;47:559-68.
33. Brook CA, Schmidt LA. Social anxiety disorder: A review of environmental risk factors. *Neuropsychiat Dis Treat.* 2008;4:123-43.
34. Knappe S, Beesdo K, Fehm L, Lieb R, Wittchen HU. Associations of familial risk factors with social fears and social phobia: evidence for the continuum hypothesis in social anxiety disorder? *J Neural Transm.* 2009;116:639-48.
35. Spokas M, Heimberg RG. Overprotective parenting, social anxiety, and external locus of control: cross-sectional and longitudinal relationships. *Cognit Ther Res.* 2009;33:543-51.
36. Knappe S, Beesdo K, Fehm L, Lieb R, Ulrich Wittchen H. Do parental psychopathology and unfavorable family environment predict the persistence of social phobia? *J Anxiety Disord.* 2009;23:986-94.