

# **Universidad Católica de Santa María**

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## **Facultad de Medicina Humana**

### **Programa Profesional de Medicina Humana**



**Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Autor: Omar Reynaldo Tito Ponce**

**Arequipa - Perú**

**2016**

# ÍNDICE

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| ÍNDICE.....                         | 2   |
| RESUMEN.....                        | 3   |
| ABSTRACT .....                      | 5   |
| INTRODUCCIÓN .....                  | 7   |
| CAPÍTULO I.....                     | 8   |
| MATERIALES Y MÉTODOS.....           | 8   |
| CAPÍTULO II.....                    | 13  |
| RESULTADOS.....                     | 13  |
| CAPÍTULO III.....                   | 76  |
| DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....        | 76  |
| CAPÍTULO IV.....                    | 88  |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 88  |
| BIBLIOGRAFÍA.....                   | 91  |
| ANEXOS.....                         | 94  |
| ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS .....    | 95  |
| ANEXO 2: MATRIZ DE DATOS.....       | 154 |

## RESUMEN

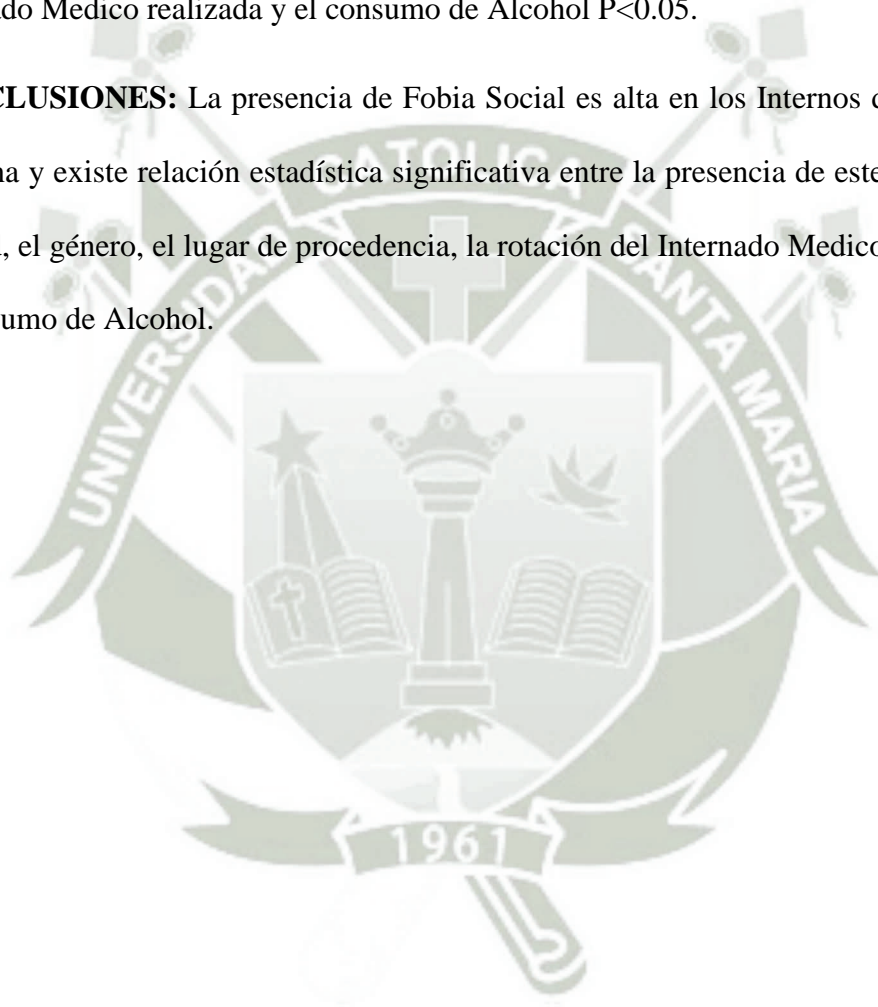
**Objetivos.** Determinar la Frecuencia y las Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015.

**Métodos.** Estudio descriptivo, observacional, transversal y de simple asociación. Se encuestaron 96 internos de Medicina Humana, de los cuales 93 llenaron de manera correcta el cuestionario suministrado, estos tenían una edad comprendida entre 22 años a 27 años a mas, que realizaron su Internado Médico en dos hospitales públicos de Arequipa, durante el año 2015. A cada Interno ese le aplicó un cuestionario de datos socio demográficos, y la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve (BFNE). Se determinó la frecuencia de Fobia Social y las características sociodemográficas de la muestra y la relación entre las variables de estudio mediante la prueba de  $\chi^2$  y  $P < 0.05$ .

**RESULTADOS:** De los 93 Internos de Medicina Humana: la frecuencia fue de 45 (48,4%) para la presencia de Fobia Social, una edad comprendida entre 24 a 26 años (73,2%), de género femenino (53,8%), procedentes de Arequipa (79,6%), procedentes de la Universidad Nacional de San Agustín (58,1%), con sede de Internado en el Hospital Honorio Delgado Espinoza (58,1%), el mayor número de Internos de Medicina realiza la rotación de Pediatría (38,7%), que tienen enamorado (79,6%), que no consumen cigarrillos (50,5%), que consumen alcohol (84,9%), que no consumen drogas (90,3%), que consideran su desempeño en el Internado Médico entre Regular a

Bueno (90,3%), que consideran la relación con compañeros del Internado Médico entre Regular a Buena (89,2%), que viven con ambos padres (86%) , que dependen económicamente de ambos padres (66,7%), que consideran la relación con ellos entre Buena a Regular (89,2%) se estableció relación estadística significativa ( $P < 0.05$ ) entre presencia de Fobia Social y la Edad, el Género, el lugar de Procedencia, la rotación del Internado Médico realizada y el consumo de Alcohol  $P < 0.05$ .

**CONCLUSIONES:** La presencia de Fobia Social es alta en los Internos de Medicina Humana y existe relación estadística significativa entre la presencia de este trastorno y la edad, el género, el lugar de procedencia, la rotación del Internado Médico realizada y el consumo de Alcohol.



## ABSTRACT

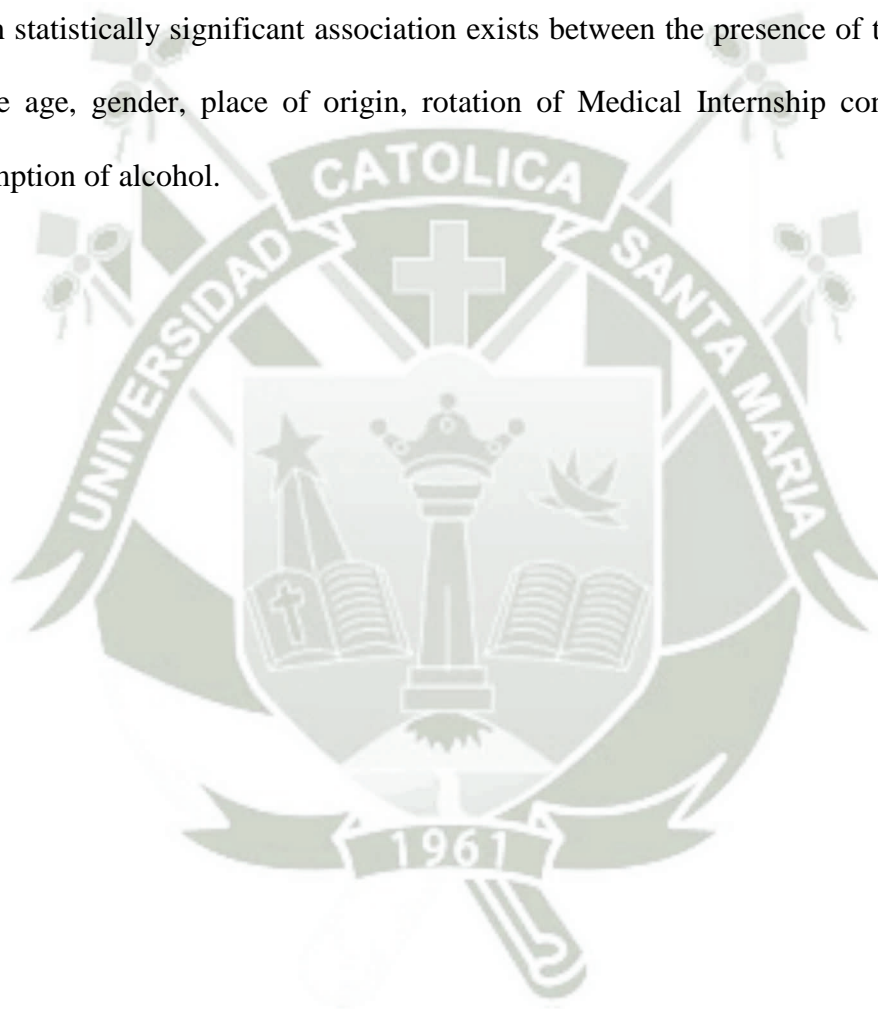
**Objectives.** To determine the frequency and Sociodemographic characteristics of Disorder of Social Phobia in Internal Human Medicine of two public hospitals in Arequipa, 2015.

**Methods.** Descriptive, observational, cross-sectional study of simple association. 96 inmates of Human Medicine, of which 93 filled correctly the supplied questionnaire surveyed, these were aged between 22 years to 27 years more, which made their Medical Internship in two public hospitals in Arequipa, in 2015. A every Internal that applied a socio demographic questionnaire and the Scale Fear of Negative evaluation Brief version (BFNE). The frequency of social phobia and sociodemographic characteristics of the sample and the relationship between the study variables was determined by X<sup>2</sup> test and P <0.05.

**RESULTS:** Of the 93 Internal Human Medicine: the frequency was 45 (48.4%) for the presence of social phobia, aged between 24-26 years (73.2%) of females (53.8%) , from Arequipa (79.6%), from the National University of San Agustín (58.1%), in the hospital Honorio Delgado Espinoza (58.1%), the highest number of Internal Medicine performs the rotation of Pediatrics (38.7%), which have fallen in love (79.6%), who do not consume cigarettes (50.5%), consuming (84.9%) alcohol, non-drug (90, 3%), they consider their performance in the medical internship from fair to good (90.3%), which considered the relationship with fellow medical internship from fair to good (89.2%) living with both parents (86 %), which are economically dependent on both parents

(66.7%), which considered the relationship with them between Good to Regular (89.2%) statistically significant relationship ( $P < 0.05$ ) between the presence of social phobia and age was established, gender, place of origin, rotation of Medical Internship conducted and consumption of alcohol  $P < 0.05$ .

**CONCLUSION:** The presence of social phobia is high in Internal Medicine and Human statistically significant association exists between the presence of this disorder and the age, gender, place of origin, rotation of Medical Internship conducted and consumption of alcohol.



## INTRODUCCIÓN

El miedo y la ansiedad parecen existir en muchas especies, el miedo organiza al ser vivo que enfrenta una amenaza a modo de que actué frente al peligro; en este contexto, el miedo se refiere a la conducta de ataque-huida de los seres animados. Cuando este miedo y ansiedad se vuelven desproporcionados al estímulo causal, surgen los trastornos de ansiedad dentro de estos los de Fobias. El termino fobia alude a un miedo excesivo a un objeto, circunstancia o situación específicos. Una fobia específica es un miedo intenso y persistente a un objeto o situación, mientras una fobia social es un miedo intenso y persistente a situaciones que pueden ser embarazosas o vergonzosas para un individuo.

Está demostrado que existen ciertos factores y características propias que predisponen al desarrollo de los trastornos fóbicos como son la edad de aparición, el género, los estilos de crianza y hasta una predisposición heredofamiliar; que influyen en el constructo del desarrollo de los trastornos fóbicos. Por otro lado, las consecuencias de estos trastornos sobre el funcionamiento de los individuos que los padecen son varios, disminución del desempeño académico y laboral, dificultad para establecer relaciones sociales e interaccionar con otros individuos, al ser Interno de Medicina Humana se es un sujeto que de manera implícita interactúa con otros seres humanos como pacientes, personal de salud es de mi interés conocer la frecuencia de los trastornos fóbicos y de esta manera poder plantear estrategias para el tratamiento y prevención de los mismos.



# **CAPÍTULO I**

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

## **1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN**

### **1.1 TÉCNICAS:**

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

### **1.2 INSTRUMENTOS:**

Los instrumentos que se aplicaron fueron una ficha de recolección de datos sociodemográficos (Anexo 1), la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve (BFNE) (Anexo 2), estos instrumentos nos permitieron consignar todos los datos referidos a las variables de estudio.

## **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

### **2.1. Ubicación espacial:**

La investigación fue realizada en dos Hospitales Públicos de la ciudad de Arequipa: El Hospital III Goyeneche y el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza ambos ubicados en el Cercado de Arequipa, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

### **2.2. Ubicación temporal:**

La investigación se realizó entre los meses de Noviembre del 2015 a marzo del 2016.

### **2.3. Unidades de estudio:**

Se estudió a los Internos de Medicina Humana que realizaron su Internado Medico 2015 en el Hospital III Goyeneche y el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

## 2.4. Población:

Todos los Internos de Medicina Humana que realizaron su Internado Medico 2015 en el Hospital III Goyeneche y el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo de estudio.

**Muestra:** Se estudió una muestra por conveniencia, tomando a todos los Internos de Medicina de ambas entidades hospitalarias.

Además, los integrantes de la muestra debían de cumplir los criterios de selección.

### Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**
  - Participación voluntaria en el estudio
  - Ser Interno de Medicina en el Hospital III Goyeneche o el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el año 2015.
- **Criterios de Exclusión**
  - Fichas de encuesta incompletos o mal llenados

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1. Organización

- Se solicitó autorización a la Dirección del Hospital III Goyeneche y del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, para la realización del estudio.
- Se informó a los Internos de Medicina de ambos hospitales acerca de la forma de llenado de la ficha de recolección de datos sociodemográficos, la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve (BFNE) y se procedió a aplicar los instrumentos.
- Una vez concluida la recolección de los datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su interpretación y posterior análisis.
- Finalmente se realizó el informe final de la investigación.

#### 3.2 Criterios para manejo de resultados

##### a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1, el Anexo 2 fueron codificados y tabulados de manera alfa-numérica para su análisis e interpretación.

##### b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en Excel 2010, donde se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

##### c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación alfanumérica de los datos para facilitar su manejo estadístico.

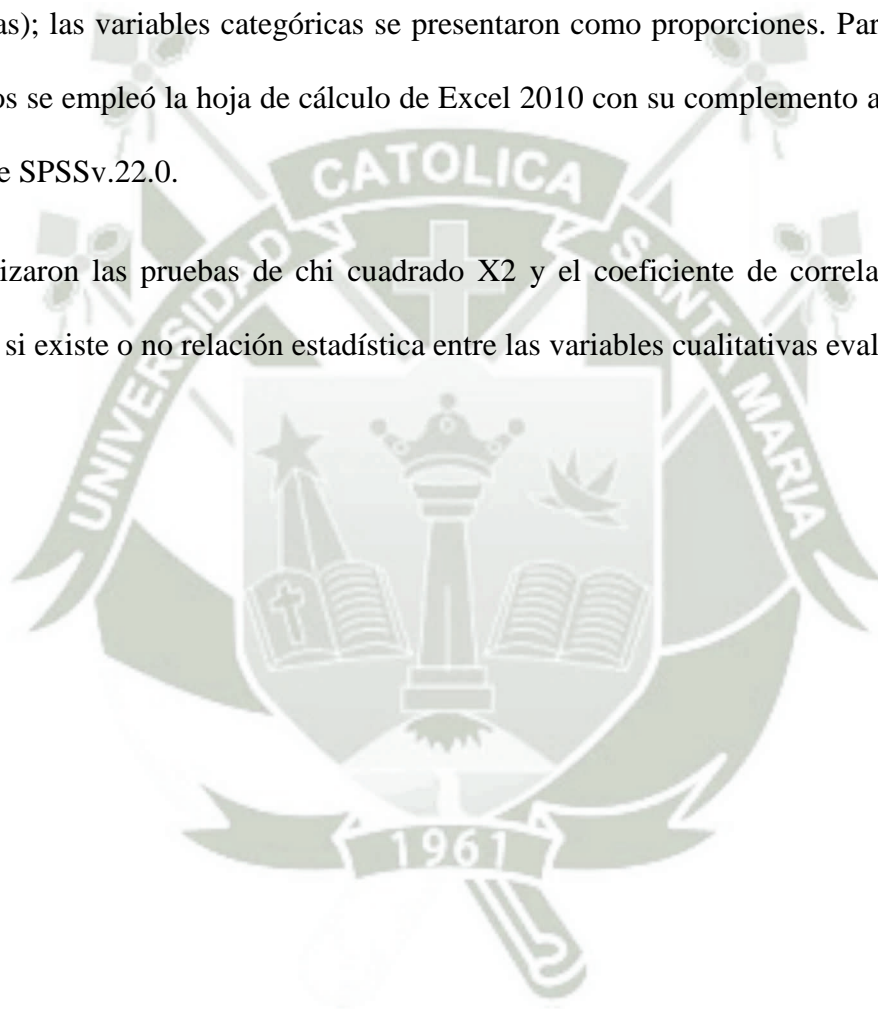
**d) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

**e) Plan de análisis**

Se empleó la estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas); las variables categóricas se presentaron como proporciones. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.

Se utilizaron las pruebas de chi cuadrado  $X^2$  y el coeficiente de correlación P para definir si existe o no relación estadística entre las variables cualitativas evaluadas.





## **CAPÍTULO II**

# **RESULTADOS**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°1: Edad de la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

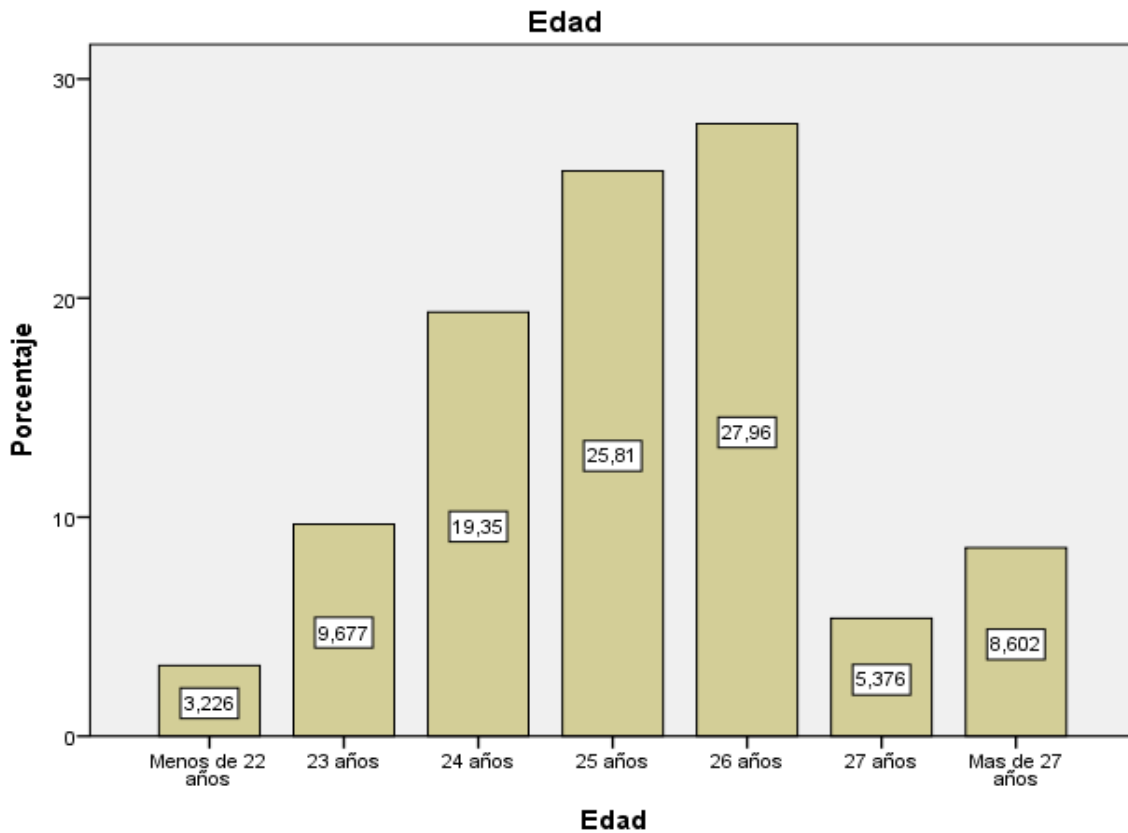


Edad

|                  | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Menos de 22 años | 3          | 3,2        | 3,2               | 3,2                  |
| 23 años          | 9          | 9,7        | 9,7               | 12,9                 |
| 24 años          | 18         | 19,4       | 19,4              | 32,3                 |
| 25 años          | 24         | 25,8       | 25,8              | 58,1                 |
| 26 años          | 26         | 28,0       | 28,0              | 86,0                 |
| 27 años          | 5          | 5,4        | 5,4               | 91,4                 |
| Más de 27 años   | 8          | 8,6        | 8,6               | 100,0                |
| Total            | 93         | 100,0      | 100,0             |                      |

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social  
en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°2: Edad de la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos  
Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propi**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

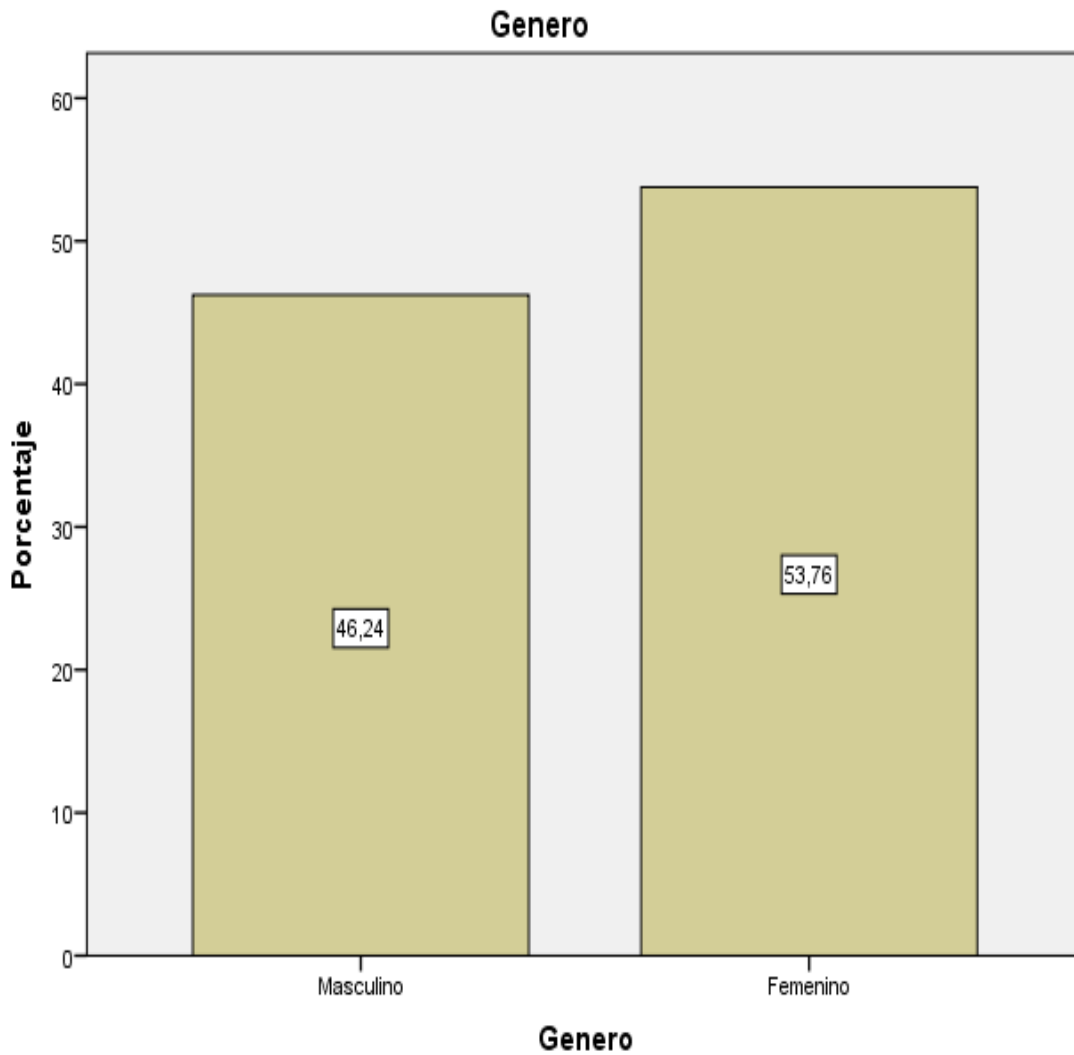
**Tabla y Grafico N°2: Género de la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

**Genero**

|         |           | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Masculino | 43         | 46,2       | 46,2              | 46,2                 |
|         | Femenino  | 50         | 53,8       | 53,8              | 100,0                |
|         | Total     | 93         | 100,0      | 100,0             |                      |

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°2: Género de la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



Fuente: Elaboración propia

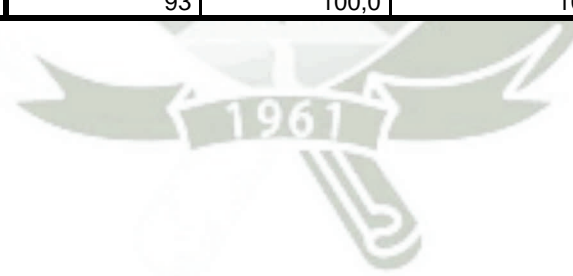
**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°3: Procedencia de la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



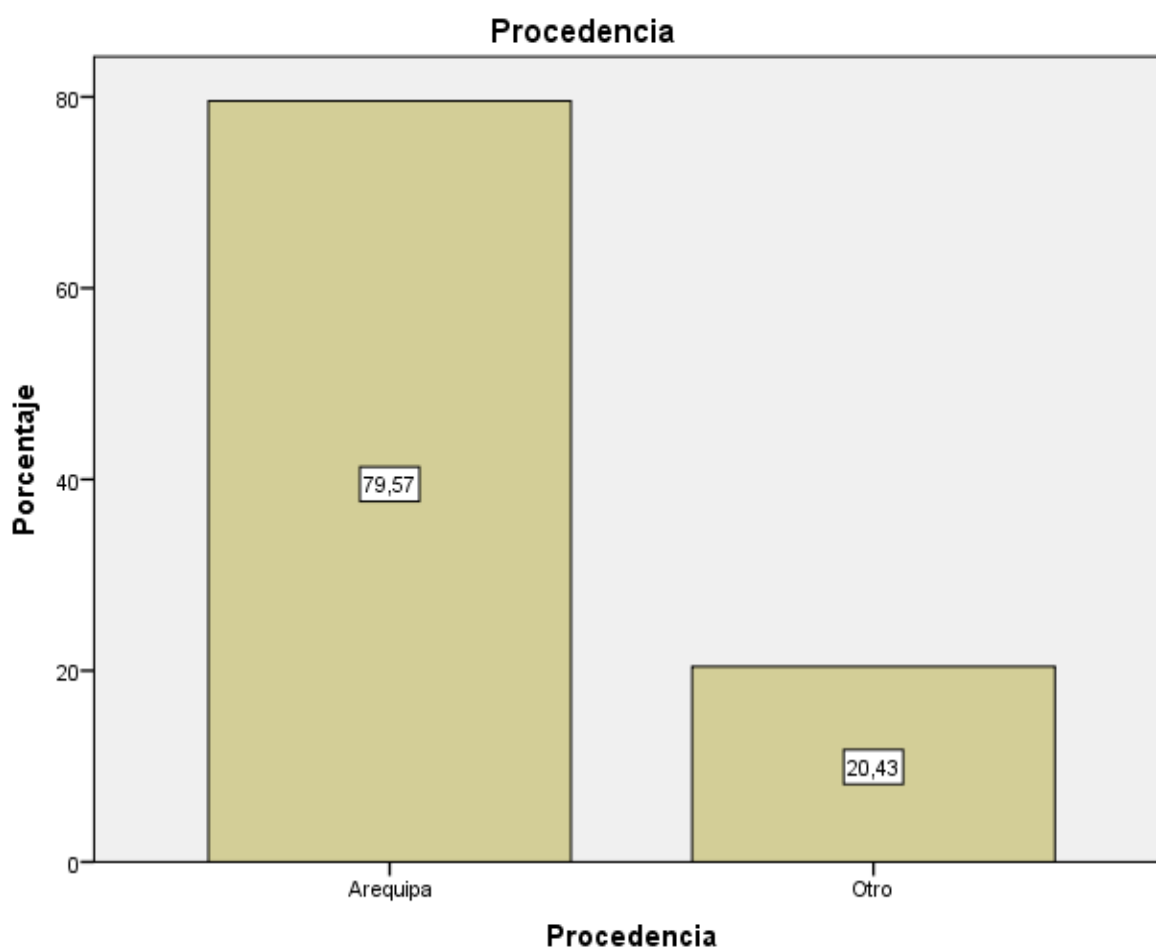
**Procedencia**

|         |          | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Arequipa | 74         | 79,6       | 79,6              | 79,6                 |
|         | Otro     | 19         | 20,4       | 20,4              | 100,0                |
|         | Total    | 93         | 100,0      | 100,0             |                      |



**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°3: Procedencia de la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

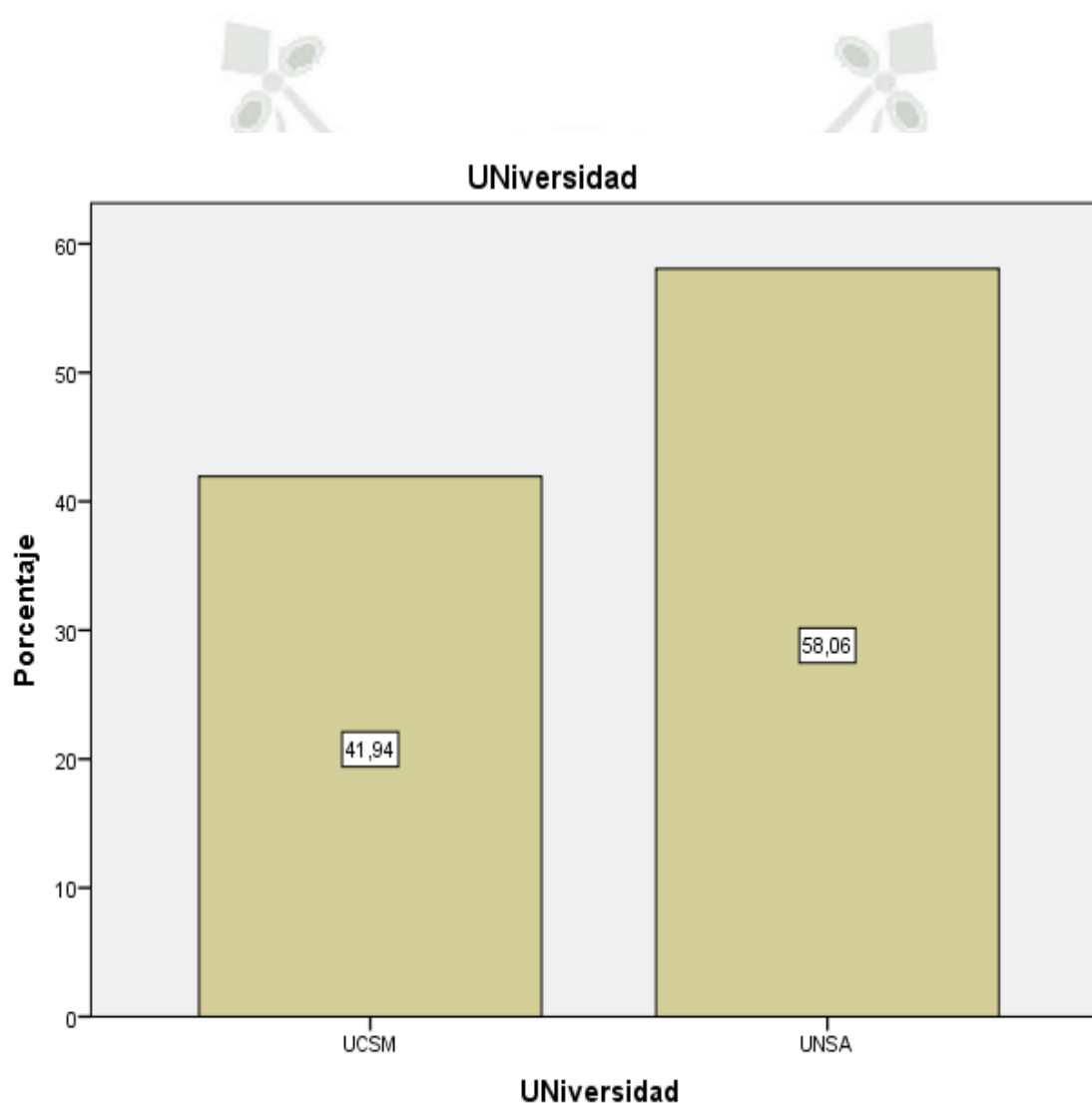
**Tabla y Grafico N°4: Universidad de Procedencia de la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

Universidad

|         |       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | UCSM  | 39         | 41,9       | 41,9              | 41,9                 |
|         | UNSA  | 54         | 58,1       | 58,1              | 100,0                |
|         | Total | 93         | 100,0      | 100,0             |                      |

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°4: Universidad de Procedencia de la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propi**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

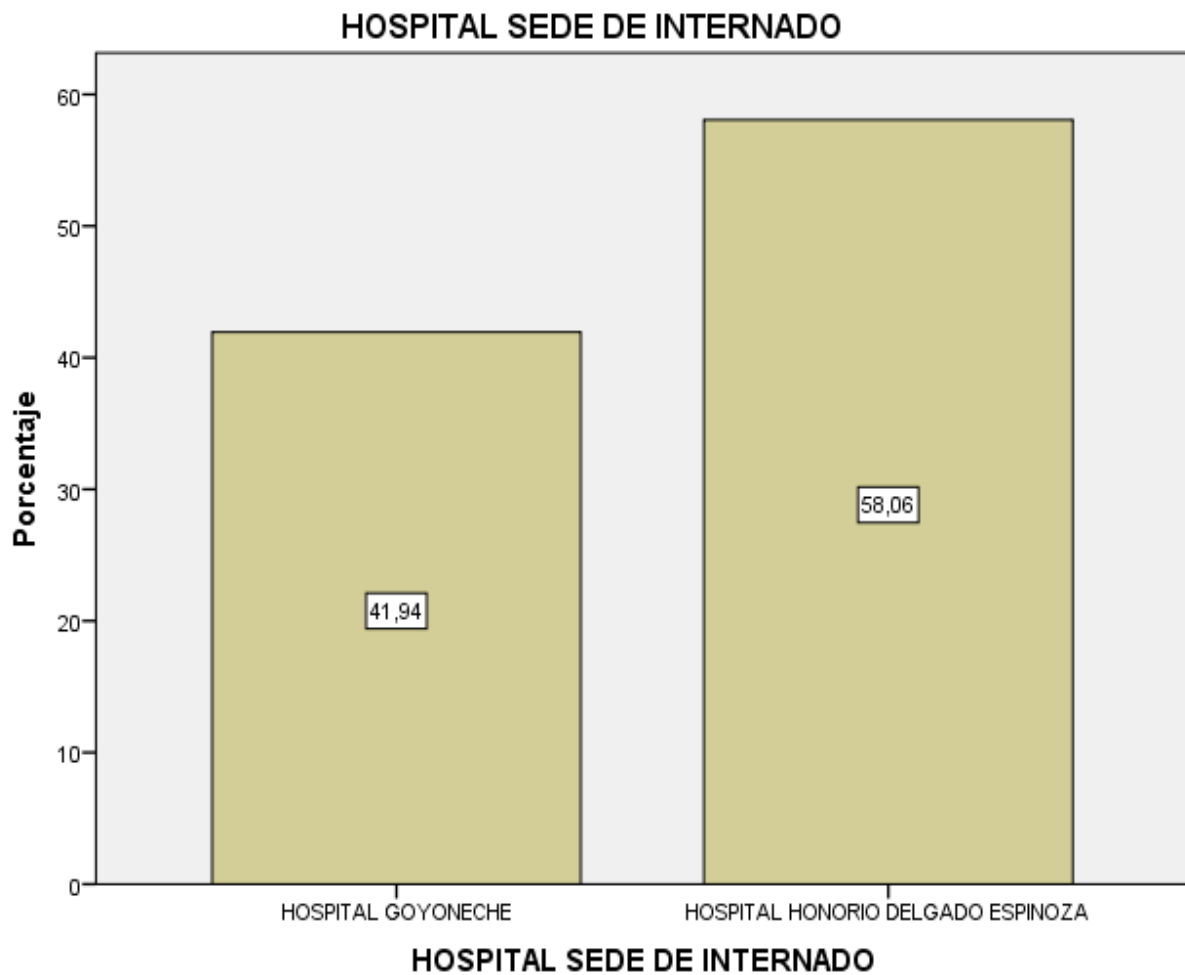
**Tabla y Grafico N°5: Hospital sede de Internado de la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

**HOSPITAL SEDE DE INTERNADO**

|   | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| HOSPITAL GOYENECHE                        | 39         | 41,9       | 41,9              | 41,9                 |
| Válidos HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA | 54         | 58,1       | 58,1              | 100,0                |
| Total                                     | 93         | 100,0      | 100,0             |                      |

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°5: Hospital sede de Internado de la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

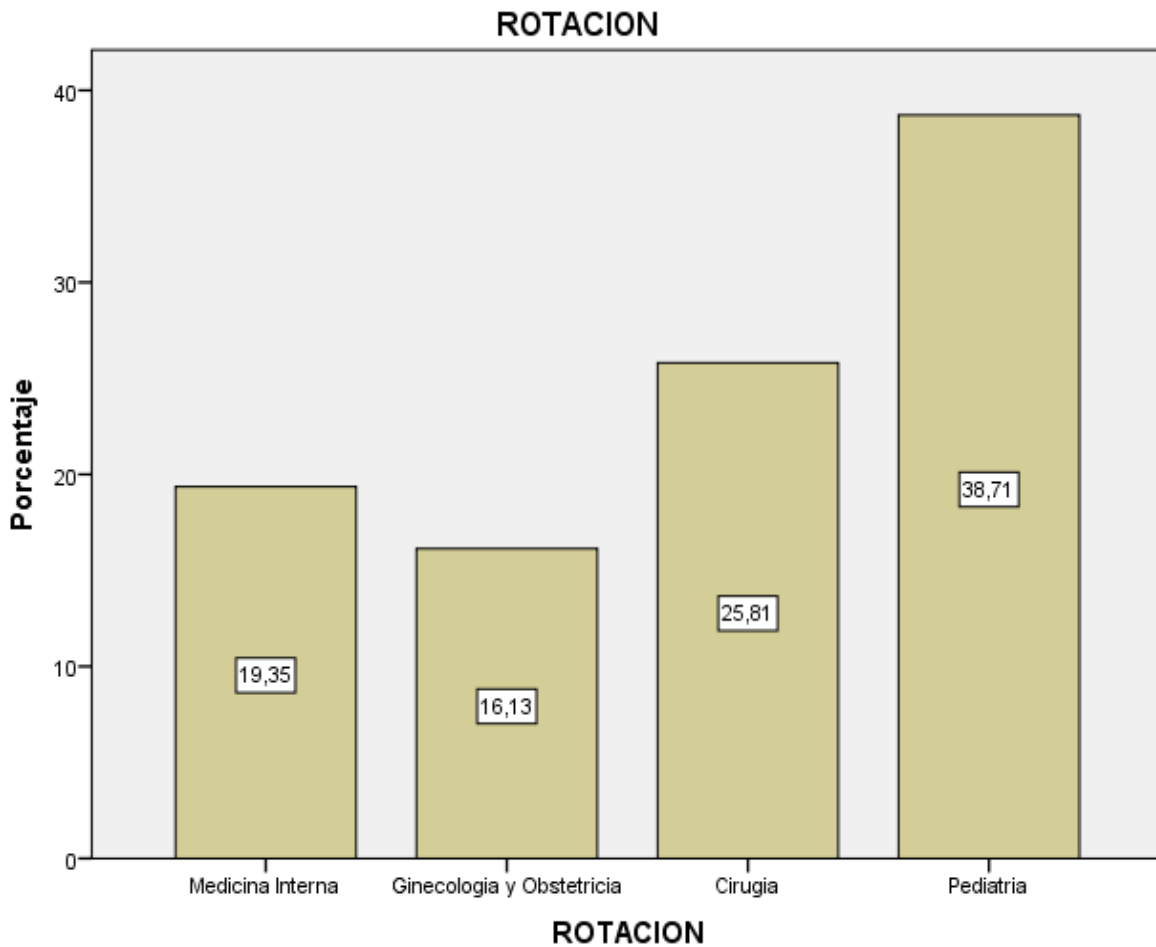
**Tabla y Grafico N°6: Rotacion que realiza la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

**ROTACION**

|         |                           | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Medicina Interna          | 18         | 19,4       | 19,4              | 19,4                 |
|         | Ginecología y Obstetricia | 15         | 16,1       | 16,1              | 35,5                 |
|         | Cirugía                   | 24         | 25,8       | 25,8              | 61,3                 |
|         | Pediatría                 | 36         | 38,7       | 38,7              | 100,0                |
|         | Total                     | 93         | 100,0      | 100,0             |                      |

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°6: Rotación que realiza la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

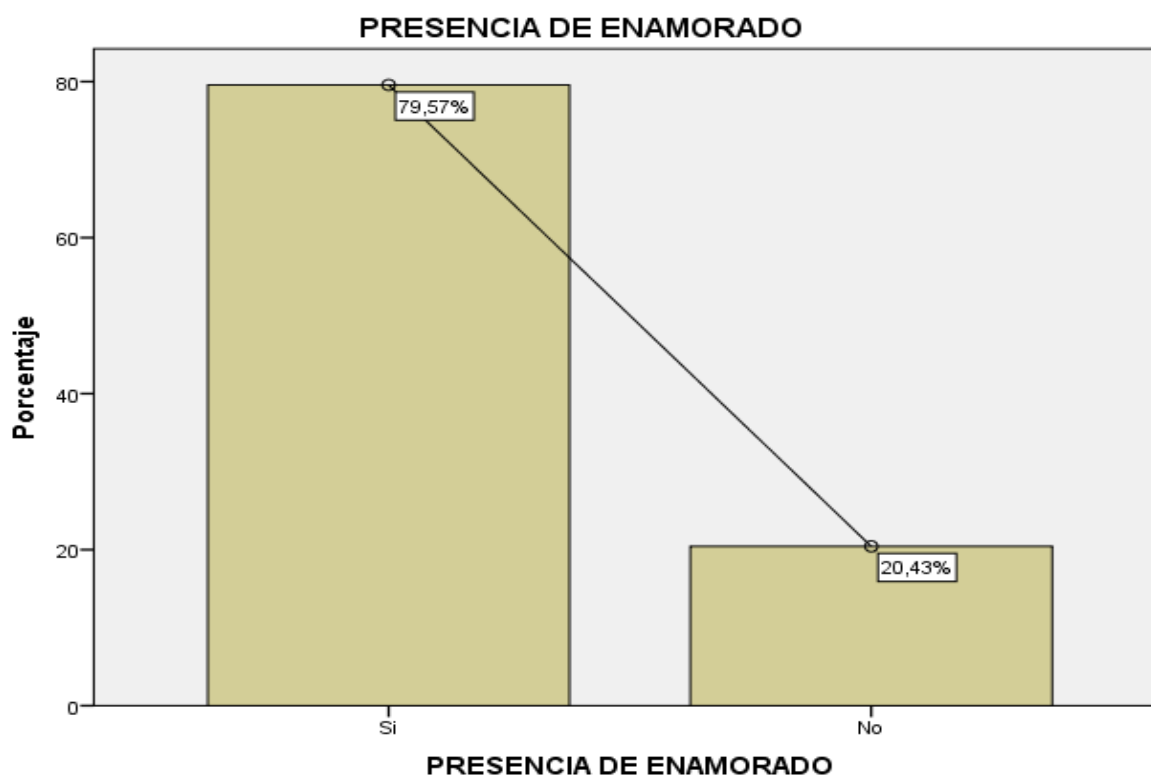
**Tabla y Grafico N°7: Presencia de Enamorado(a) en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

**PRESENCIA DE ENAMORADO(a)**

|         |       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Si    | 74         | 79,6       | 79,6              | 79,6                 |
|         | No    | 19         | 20,4       | 20,4              | 100,0                |
|         | Total | 93         | 100,0      | 100,0             |                      |

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°7: Presencia de Enamorado(a) en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°8: Consumo de cigarrillos en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



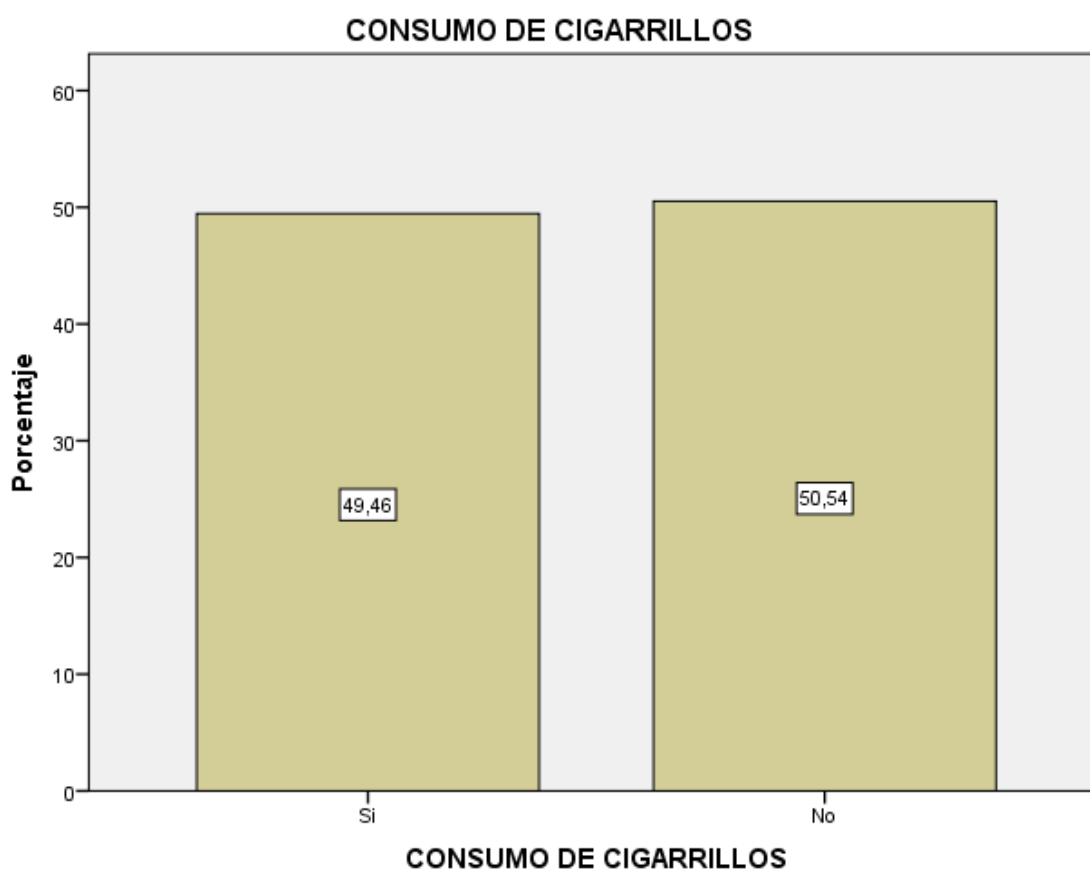
**CONSUMO DE CIGARRILLOS**

|         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Si      | 46         | 49,5       | 49,5              | 49,5                 |
| No      | 47         | 50,5       | 50,5              | 100,0                |
| Válidos |            |            |                   |                      |
| Total   | 93         | 100,0      | 100,0             |                      |



**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°8: Consumo de cigarrillos en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°9: Consumo de alcohol en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



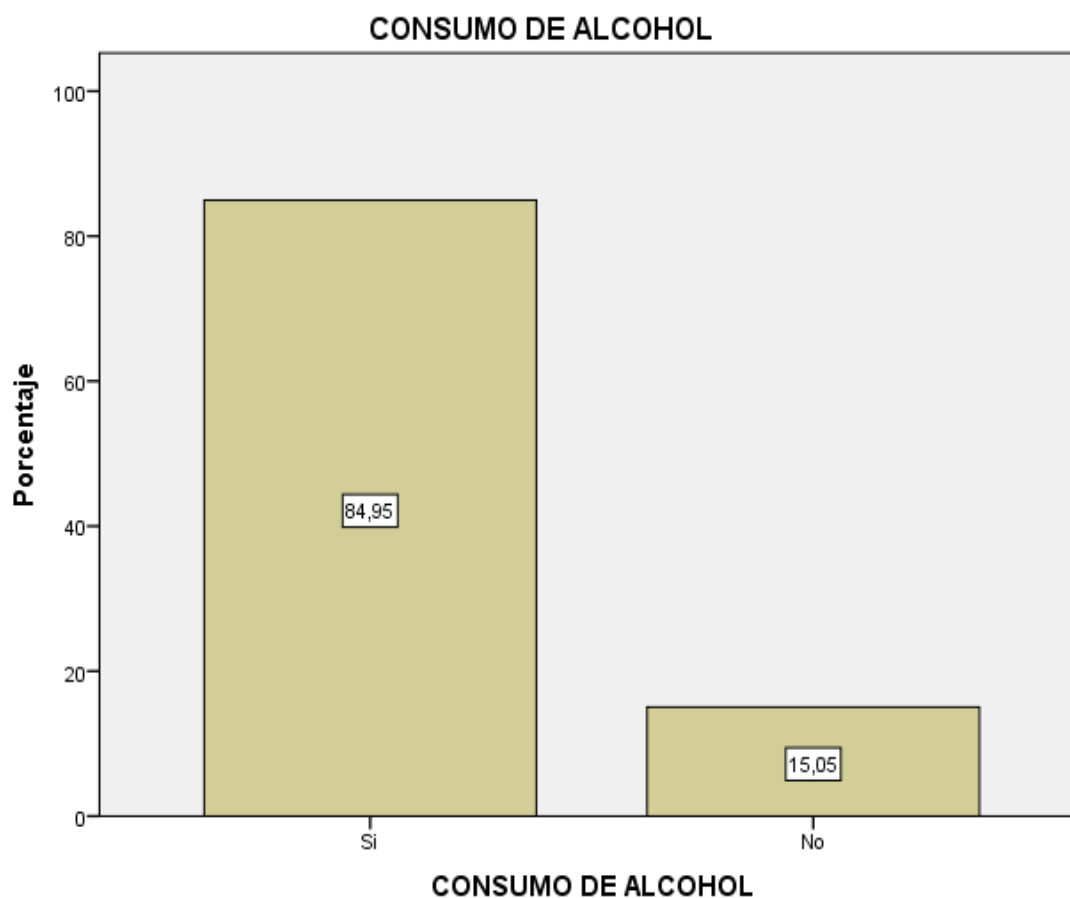
**CONSUMO DE ALCOHOL**

|         |       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Si    | 79         | 84,9       | 84,9              | 84,9                 |
|         | No    | 14         | 15,1       | 15,1              | 100,0                |
|         | Total | 93         | 100,0      | 100,0             |                      |



**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°9: Consumo de alcohol en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°10: Consumo de Drogas en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



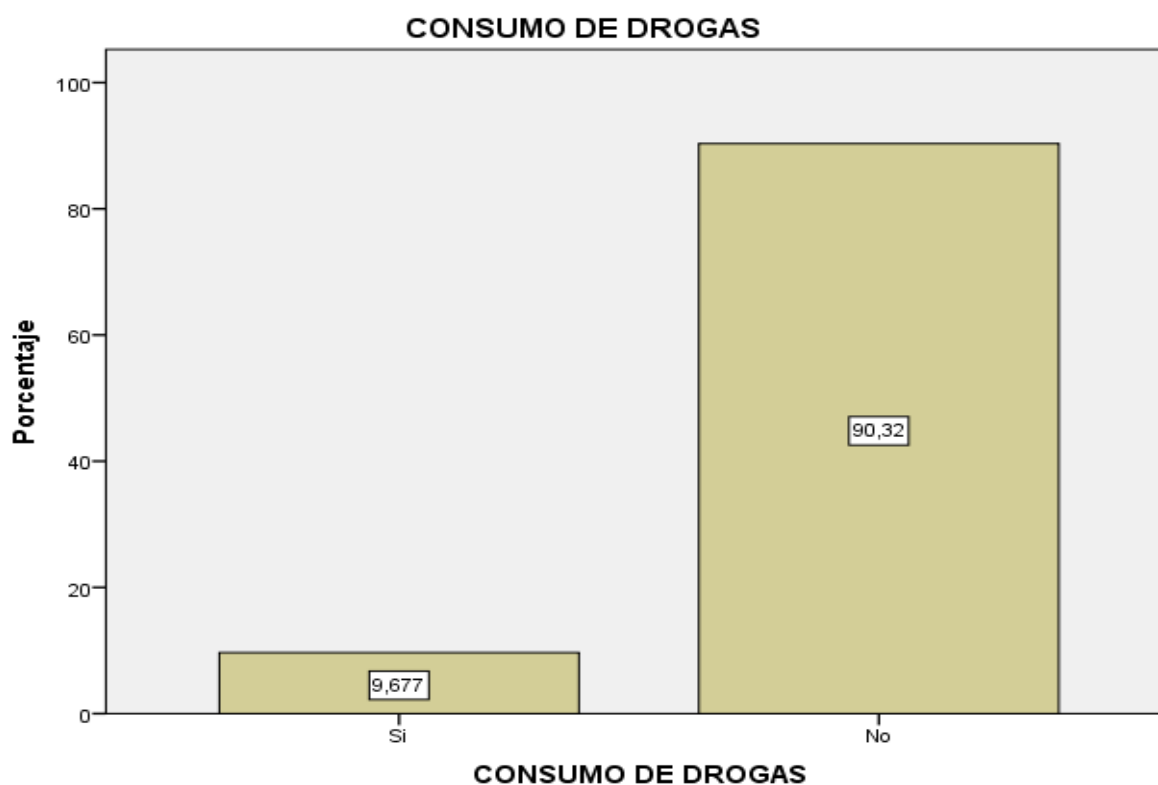
**CONSUMO DE DROGAS**

|         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Si         | 9          | 9,7               | 9,7                  |
|         | No         | 84         | 90,3              | 100,0                |
| Total   | 93         | 100,0      | 100,0             |                      |



**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°10: Consumo de Drogas en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°11: Desempeño en el Internado Médico en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

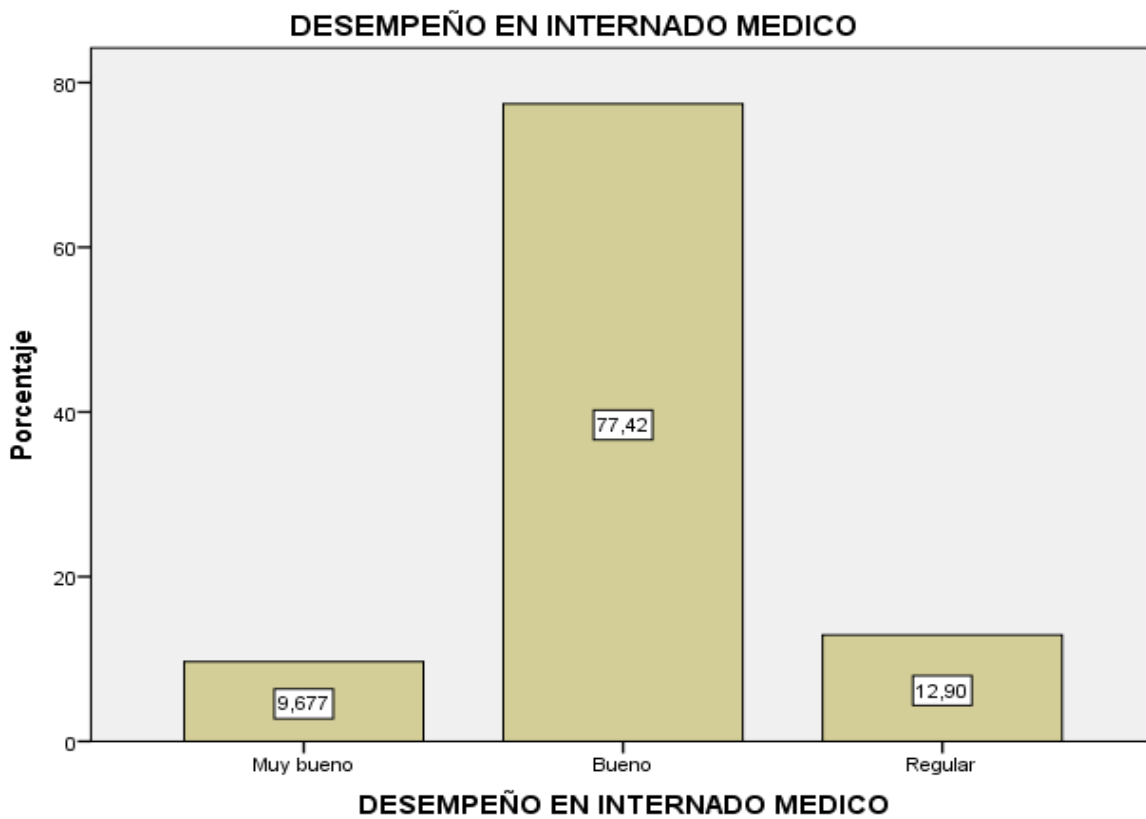


**DESEMPEÑO EN INTERNADO MEDICO**

|         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Muy bueno  | 9          | 9,7               | 9,7                  |
|         | Bueno      | 72         | 77,4              | 87,1                 |
|         | Regular    | 12         | 12,9              | 100,0                |
| Total   | 93         | 100,0      | 100,0             |                      |

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°11: Desempeño en el Internado Médico en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

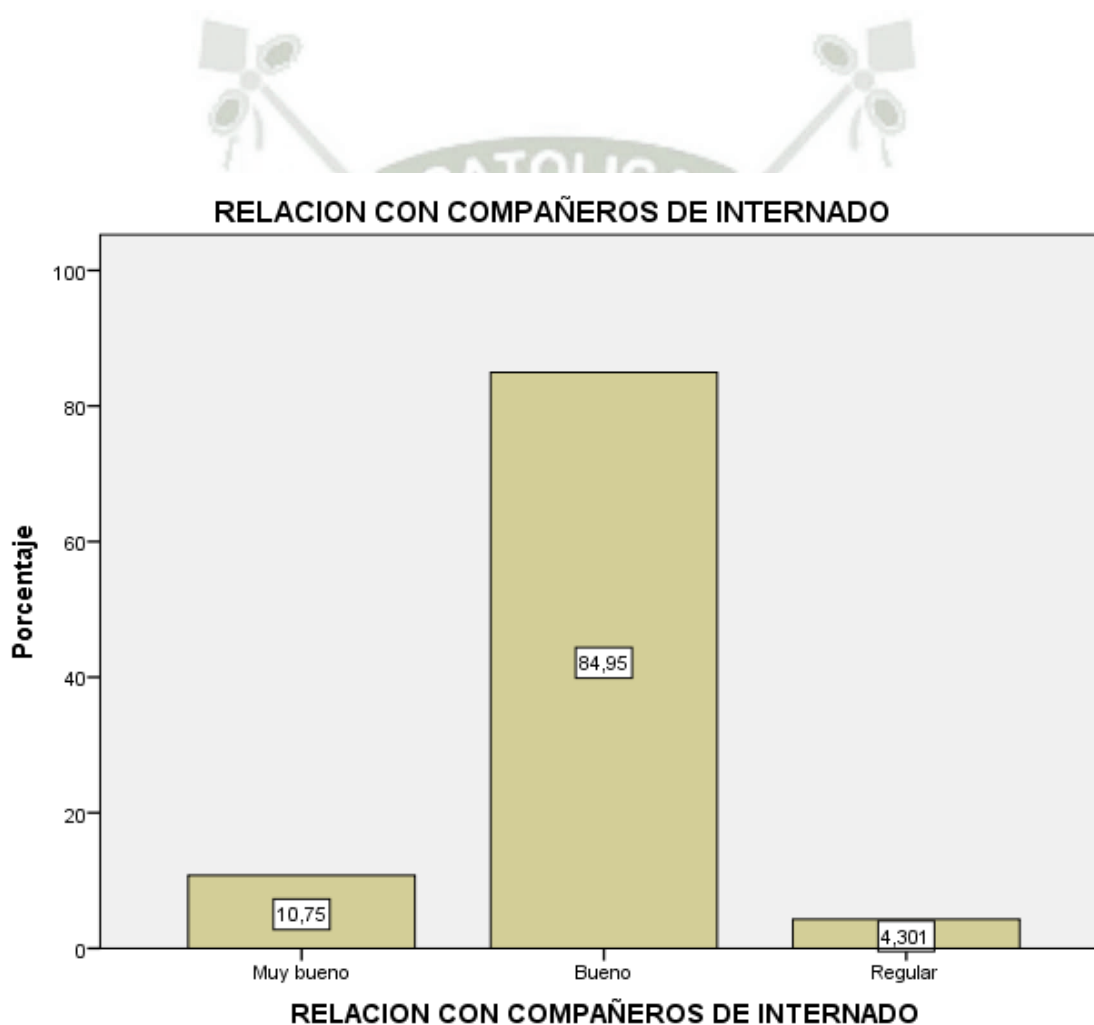
**Tabla y Grafico N°12: Relación con compañeros del Internado Médico en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

**RELACION CON COMPAÑEROS DE INTERNADO**

|         |           | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Muy bueno | 10         | 10,8       | 10,8              | 10,8                 |
|         | Buena     | 79         | 84,9       | 84,9              | 95,7                 |
|         | Regular   | 4          | 4,3        | 4,3               | 100,0                |
|         | Total     | 93         | 100,0      | 100,0             |                      |

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°12: Relación con compañeros del Internado Médico en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

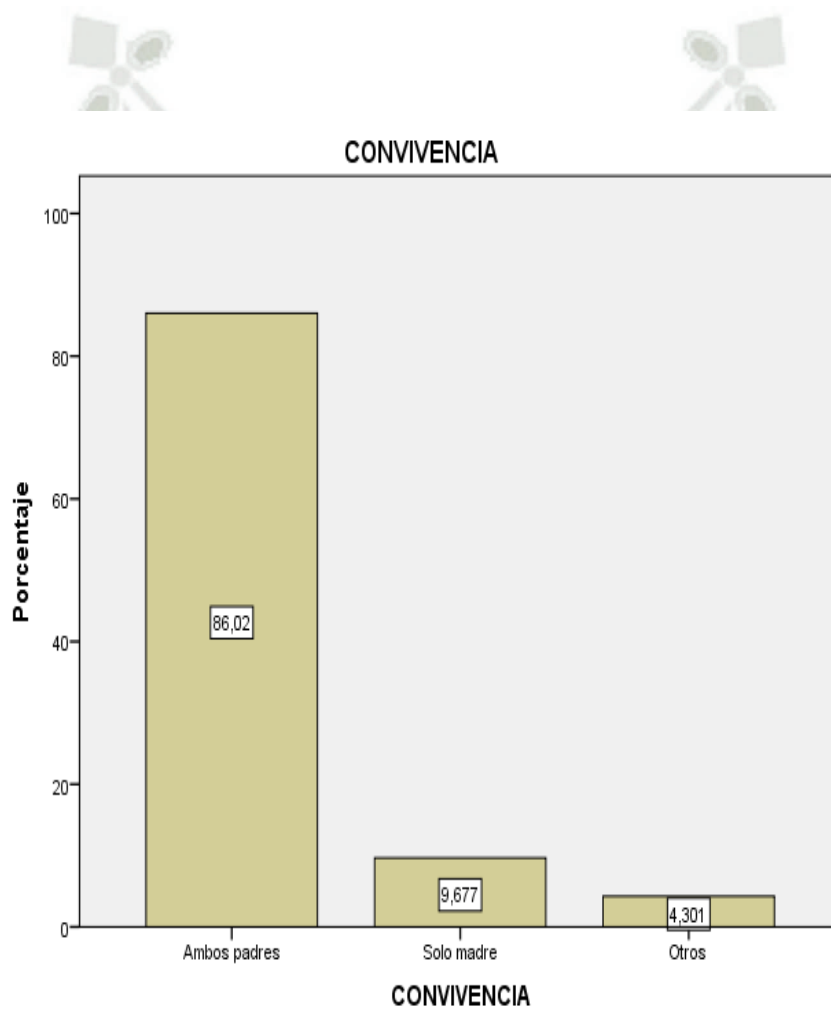
**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°13: Persona(s) con la(s) que conviven la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

|         | Frecuencia   | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Ambos padres | 80         | 86,0              | 86,0                 |
|         | Solo madre   | 9          | 9,7               | 95,7                 |
|         | Otros        | 4          | 4,3               | 100,0                |
|         | Total        | 93         | 100,0             | 100,0                |

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°13: Persona(s) con la(s) que conviven la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

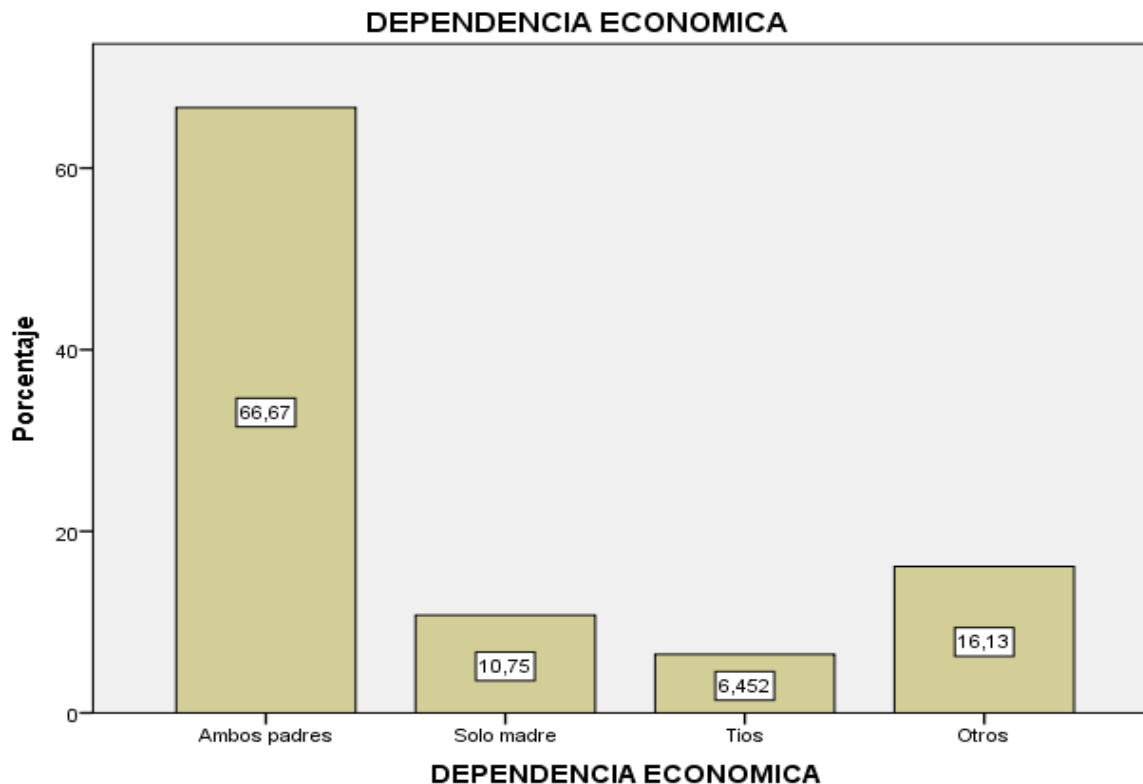
**Tabla y Grafico N°14: Dependencia Económica de la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

**DEPENDENCIA ECONOMICA**

|         | Frecuencia   | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Ambos padres | 62         | 66,7              | 66,7                 |
|         | Solo madre   | 10         | 10,8              | 77,4                 |
|         | Tíos         | 6          | 6,5               | 83,9                 |
|         | Otros        | 15         | 16,1              | 100,0                |
|         | Total        | 93         | 100,0             | 100,0                |

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°14: Dependencia Económica de la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°15: Relación con padres de la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



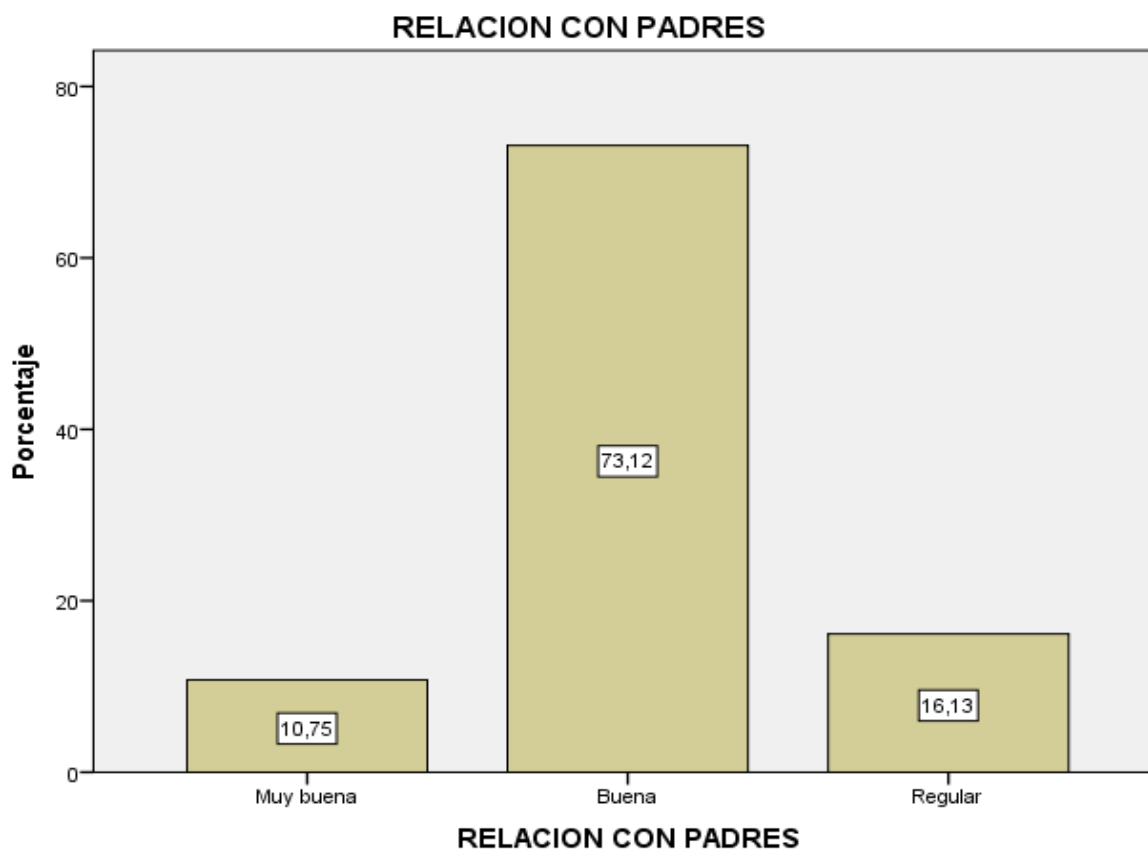
**RELACION CON PADRES**

|               | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Muy buena     | 10         | 10,8       | 10,8              | 10,8                 |
| Válidos Buena | 68         | 73,1       | 73,1              | 83,9                 |
| Regular       | 15         | 16,1       | 16,1              | 100,0                |
| Total         | 93         | 100,0      | 100,0             |                      |



**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°15: Relación con padres de la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°16: Frecuencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



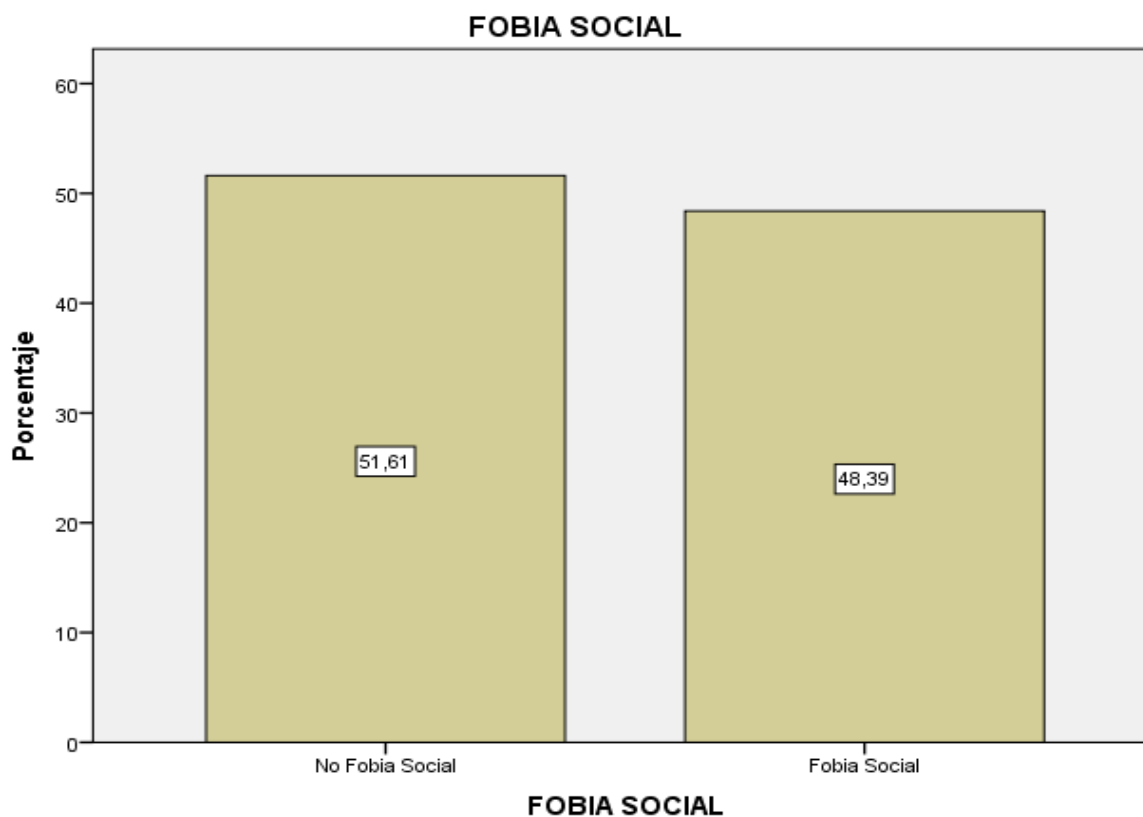
**FOBIA SOCIAL**

|                 | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos         |            |            |                   |                      |
| No Fobia Social | 48         | 51,6       | 51,6              | 51,6                 |
| Fobia Social    | 45         | 48,4       | 48,4              | 100,0                |
| Total           | 93         | 100,0      | 100,0             |                      |



**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°16: Frecuencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°17: Relación entre la Edad y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

|             |                         | FOBIA SOCIAL    |       |              |       |
|-------------|-------------------------|-----------------|-------|--------------|-------|
|             |                         | No Fobia Social |       | Fobia Social |       |
|             |                         | F               | %     | f            | %     |
| <b>Edad</b> | <b>Menos de 22 años</b> | 1               | 2,1%  | 2            | 4,4%  |
|             | <b>23 años</b>          | 5               | 10,4% | 4            | 8,9%  |
|             | <b>24 años</b>          | 11              | 22,9% | 7            | 15,6% |
|             | <b>25 años</b>          | 13              | 27,1% | 11           | 24,4% |
|             | <b>26 años</b>          | 12              | 25,0% | 14           | 31,1% |
|             | <b>27 años</b>          | 4               | 8,3%  | 1            | 2,2%  |
|             | <b>Más de 27 años</b>   | 2               | 4,2%  | 6            | 13,3% |

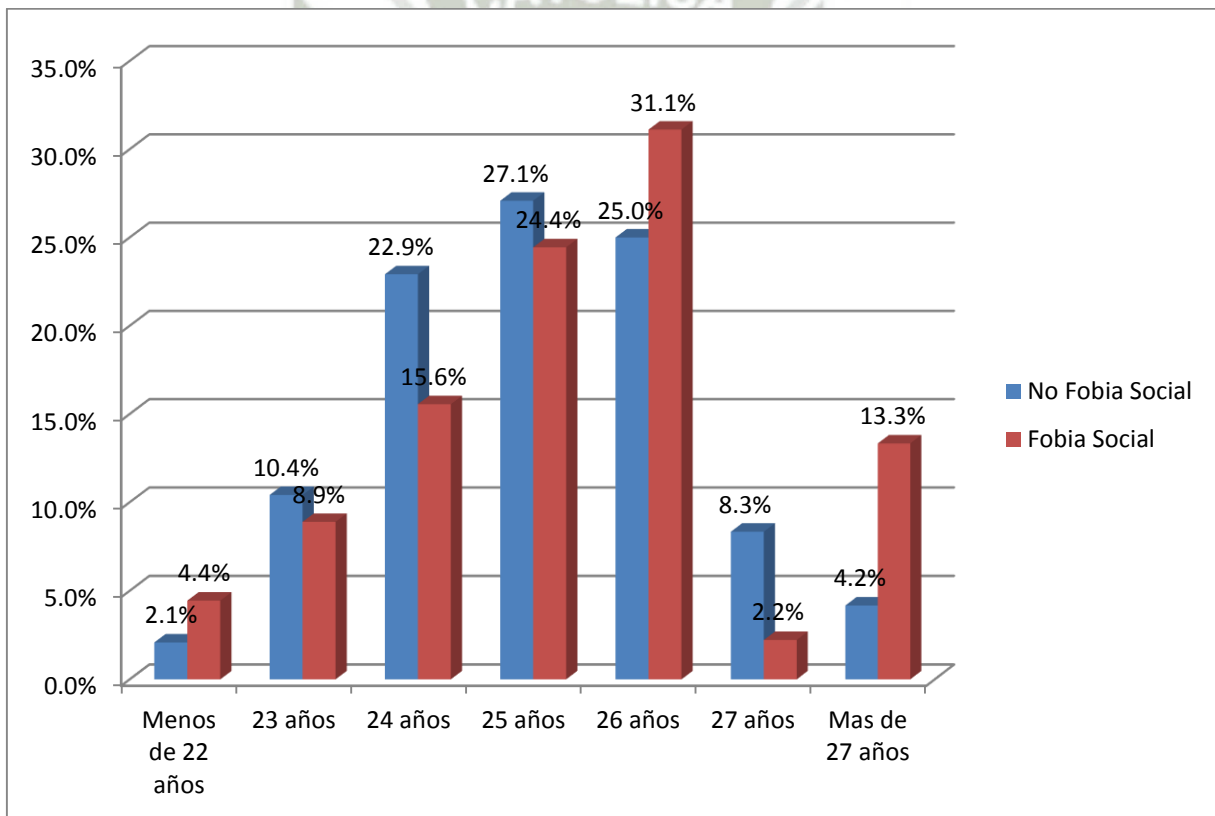
chi<sup>2</sup>= 5.363

gl=6

p=0.0498

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°17: Relación entre la Edad y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

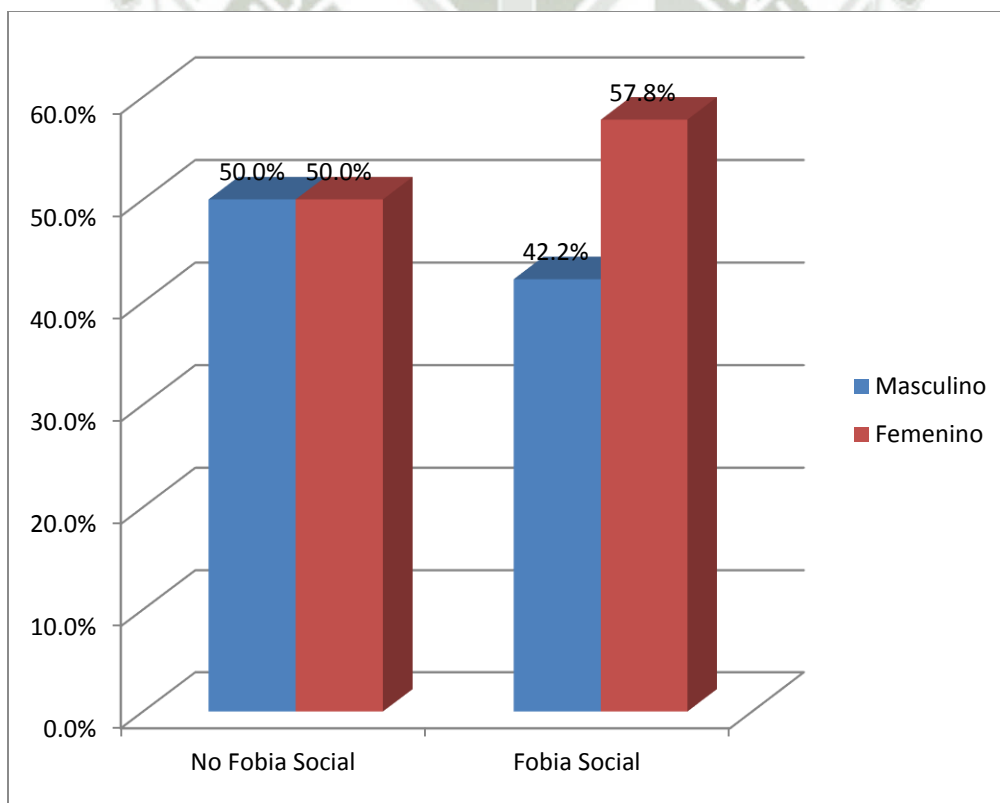
**Tabla y Grafico N°18: Relación entre el Género y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

|               |                  | FOBIA SOCIAL    |       |              |       |
|---------------|------------------|-----------------|-------|--------------|-------|
|               |                  | No Fobia Social |       | Fobia Social |       |
|               |                  | f               | %     | f            | %     |
| <b>Genero</b> | <b>Masculino</b> | 24              | 50,0% | 19           | 42,2% |
|               | <b>Femenino</b>  | 24              | 50,0% | 26           | 57,8% |

$\chi^2 = 0.565$        $gl=1$        $p=0.043$

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°18: Relación entre el Género y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

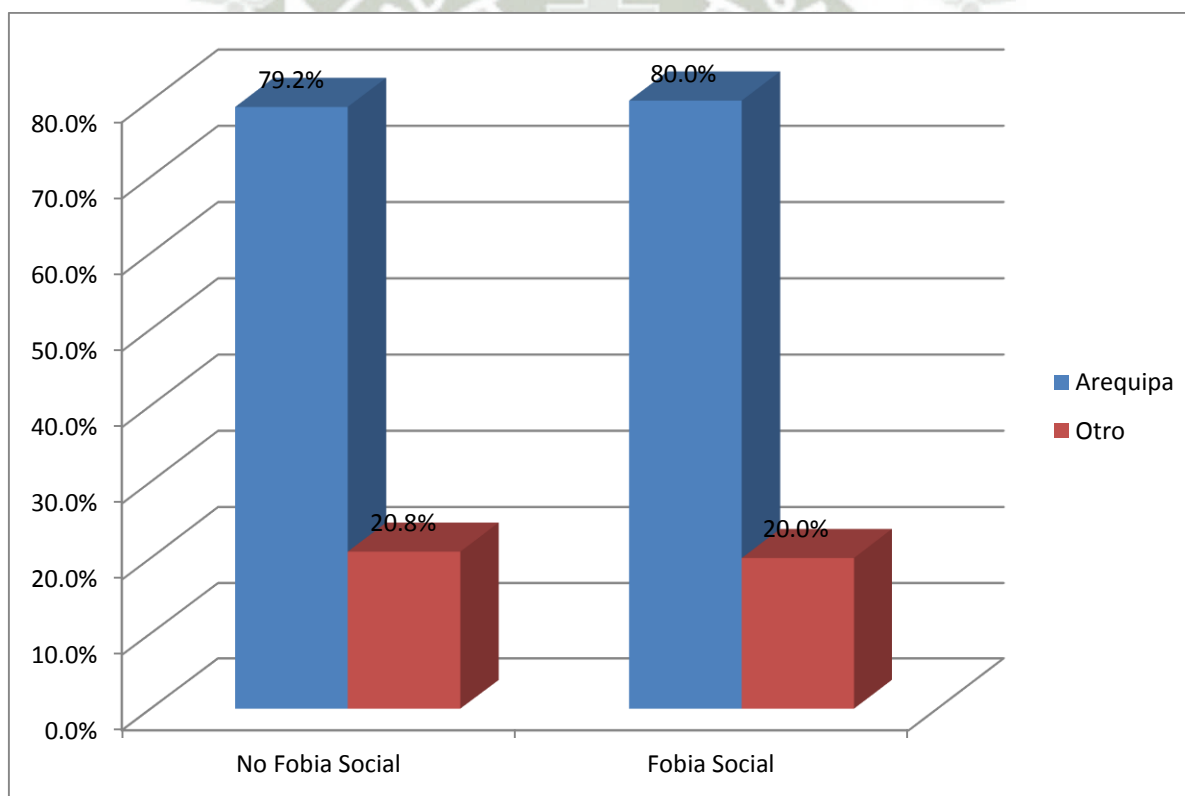
**Tabla y Grafico N°19: Relación entre la Procedencia y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

|                    |                 | <b>FOBIA SOCIAL</b>    |          |                     |          |
|--------------------|-----------------|------------------------|----------|---------------------|----------|
|                    |                 | <b>No Fobia Social</b> |          | <b>Fobia Social</b> |          |
|                    |                 | <b>f</b>               | <b>%</b> | <b>f</b>            | <b>%</b> |
| <b>Procedencia</b> | <b>Arequipa</b> | 38                     | 79,2%    | 36                  | 80,0%    |
|                    | <b>Otro</b>     | 19                     | 20,8%    | 9                   | 20,0%    |

$\chi^2 = 0.010$        $gl=1$        $p=0.001$

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°19: Relación entre la Procedencia y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°20: Relación entre la Universidad de Procedencia y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

|             |       | FOBIA SOCIAL    |       |              |       |
|-------------|-------|-----------------|-------|--------------|-------|
|             |       | No Fobia Social |       | Fobia Social |       |
|             |       | f               | %     | f            | %     |
| Universidad | UCSM  | 19              | 39,6% | 20           | 44,4% |
|             | UNSA  | 29              | 60,4% | 25           | 55,6% |
|             | OTROS | 0               | 0,0%  | 0            | 0,0%  |

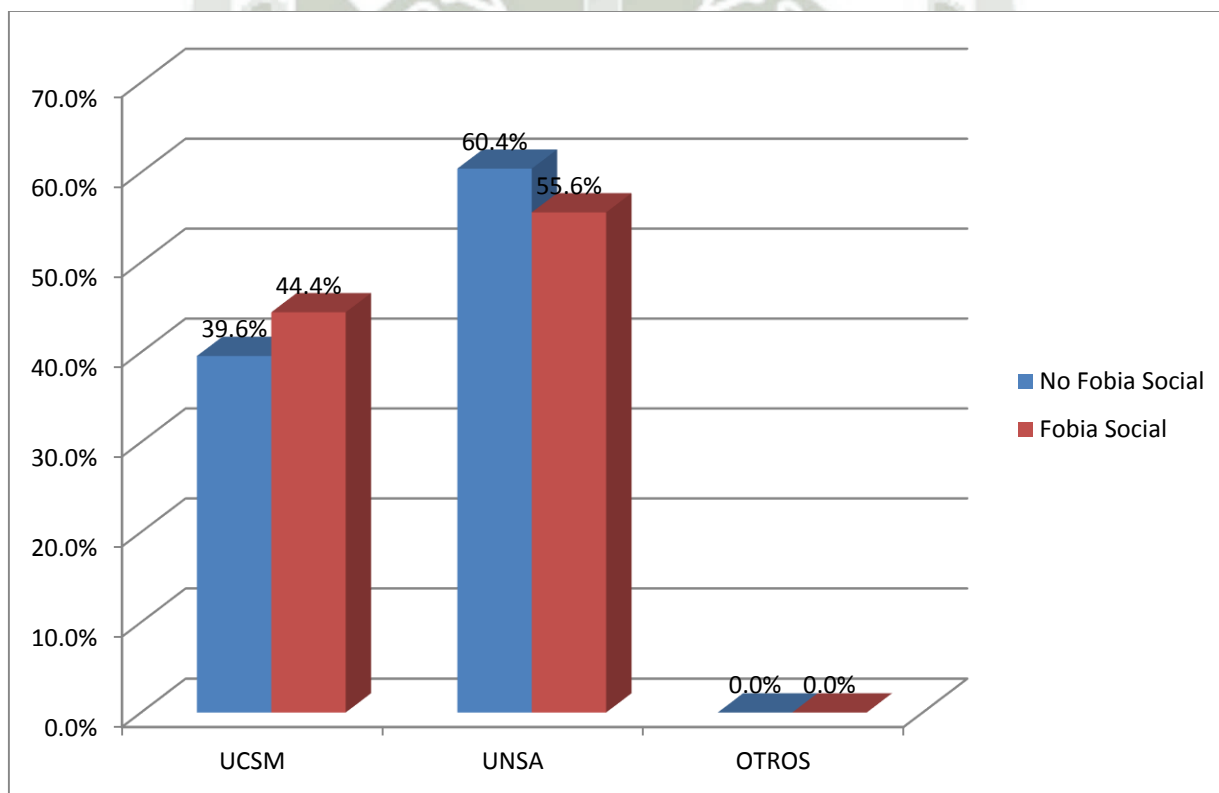
$\chi^2 = 0.225$

gl=2

p=0.678

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°20: Relación entre la Universidad de Procedencia y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°21: Relación entre el Hospital Sede de Internado y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

|                            |                                   | FOBIA SOCIAL    |       |              |       |
|----------------------------|-----------------------------------|-----------------|-------|--------------|-------|
|                            |                                   | No Fobia Social |       | Fobia Social |       |
|                            |                                   | f               | %     | f            | %     |
| HOSPITAL SEDE DE INTERNADO | HOSPITAL GOYENECHÉ                | 18              | 37,5% | 21           | 46,7% |
|                            | HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA | 30              | 62,5% | 24           | 53,3% |

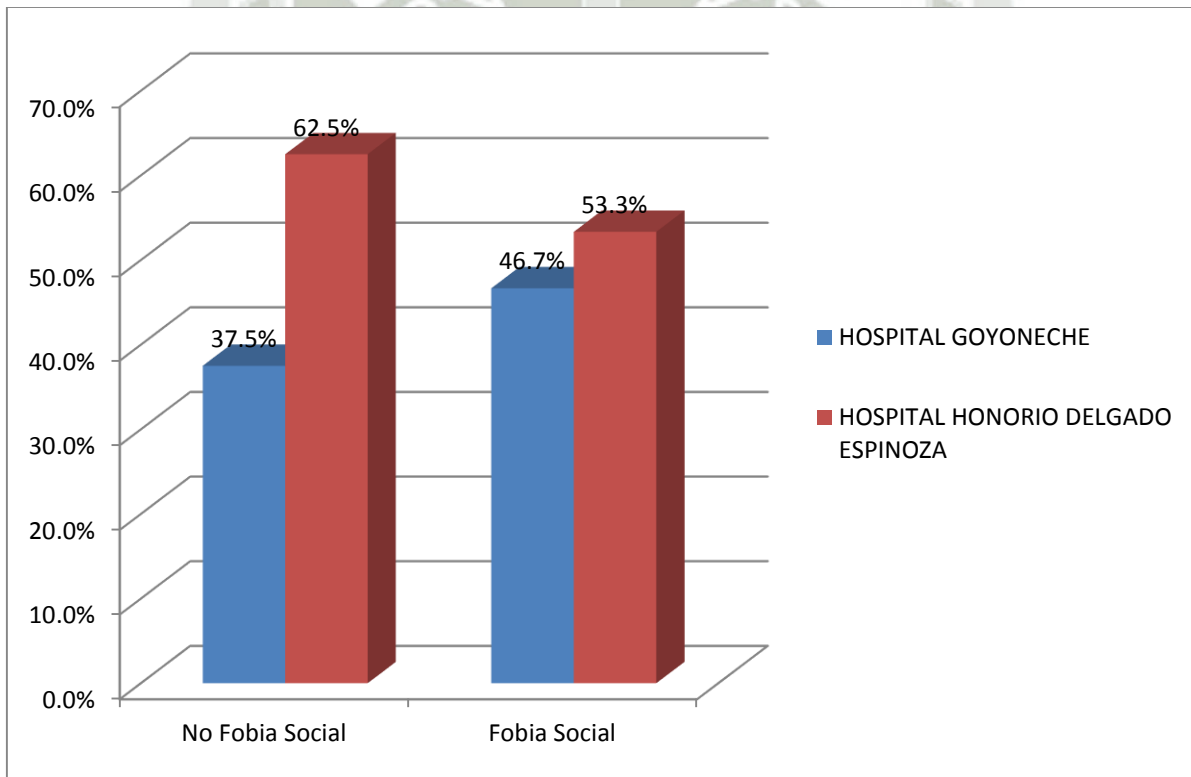
$\chi^2= 0.801$

gl=3

p=0.607

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°21: Relación entre el Hospital Sede de Internado y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

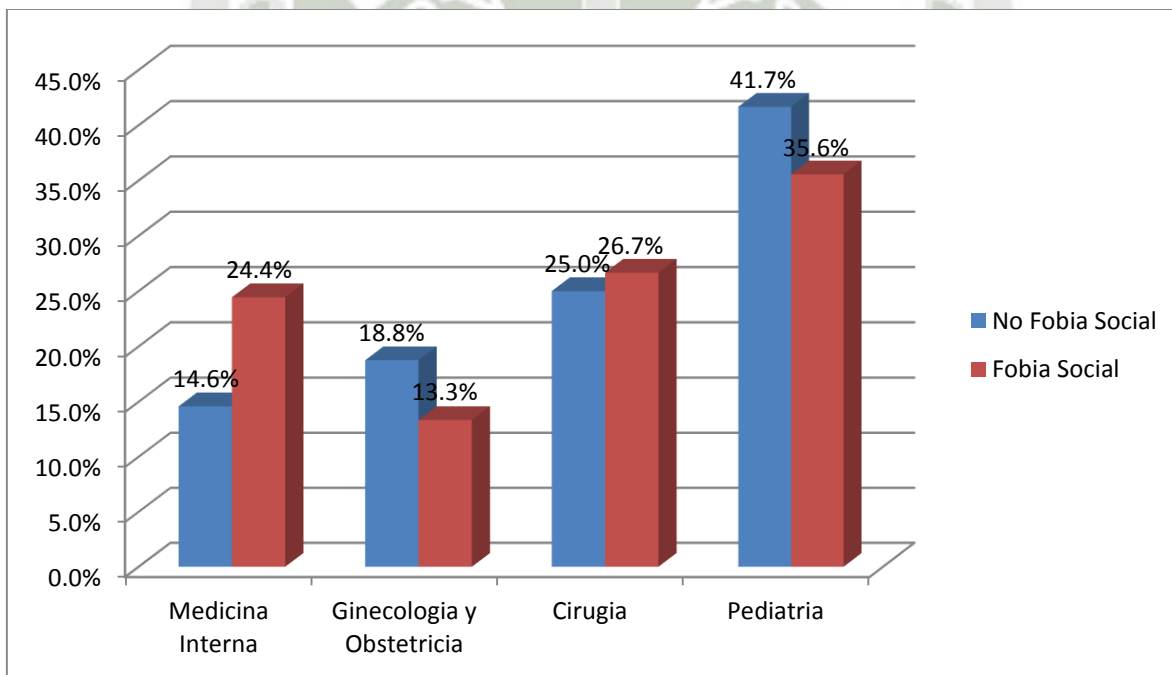
**Tabla y Grafico N°22: Relación entre Rotación realizada de Internado Médico y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

|                 |                                  | FOBIA SOCIAL    |       |              |       |
|-----------------|----------------------------------|-----------------|-------|--------------|-------|
|                 |                                  | No Fobia Social |       | Fobia Social |       |
|                 |                                  | f               | %     | F            | %     |
| <b>ROTACION</b> | <b>Medicina Interna</b>          | 7               | 14,6% | 11           | 24,4% |
|                 | <b>Ginecología y Obstetricia</b> | 9               | 18,8% | 6            | 13,3% |
|                 | <b>Cirugía</b>                   | 12              | 25,0% | 12           | 26,7% |
|                 | <b>Pediatría</b>                 | 20              | 41,7% | 16           | 35,6% |

$\chi^2 = 5.363$        $gl=3$        $p=0.042$

**Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°22: Relación entre Rotación realizada de Internado Médico y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

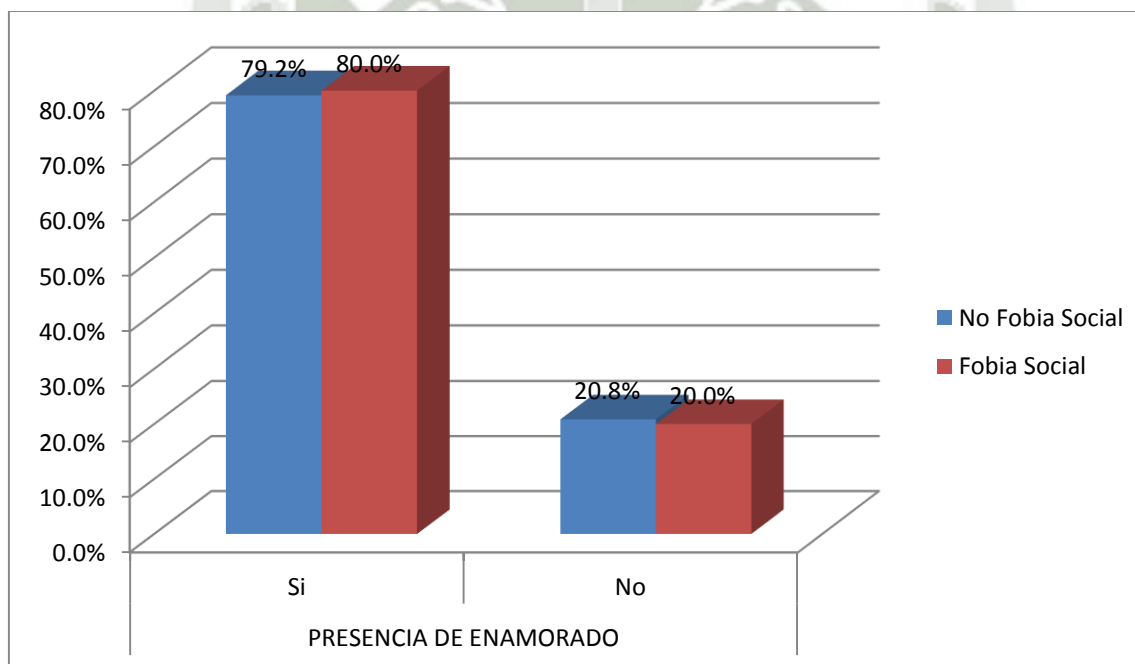


**Fuente: Elaboración propia**



**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°23: Relación entre Presencia de Enamorado(a) y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

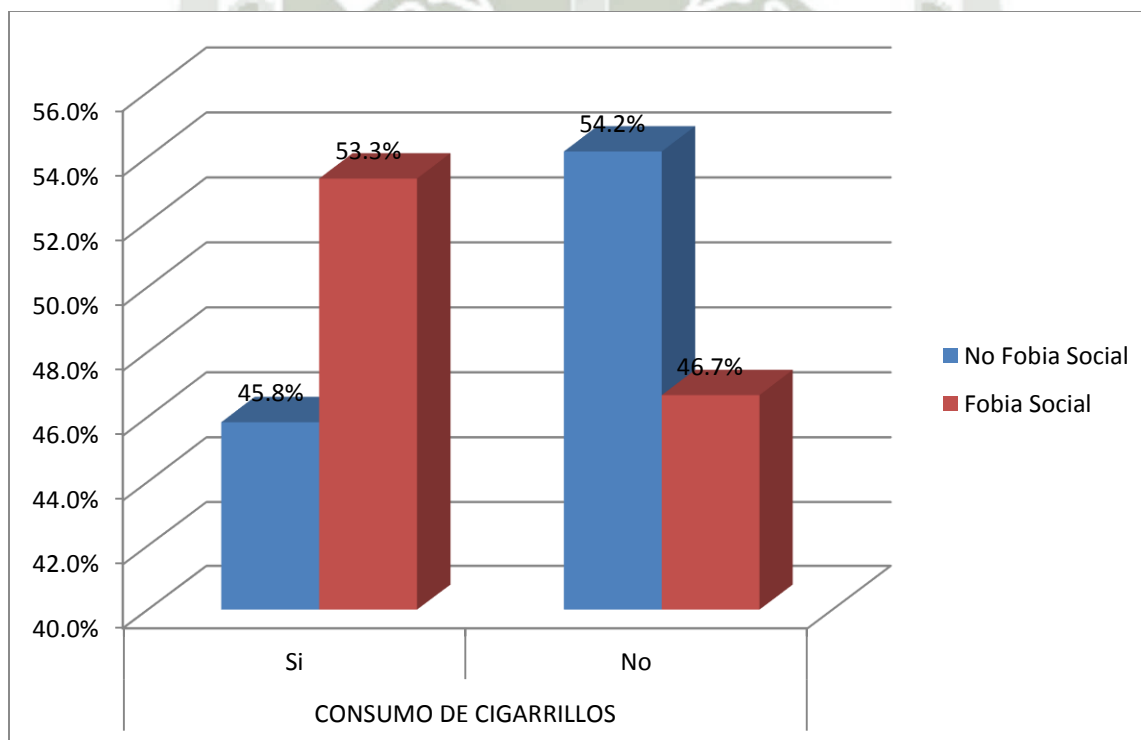
**Tabla y Grafico N°24: Relación entre el Consumo de Cigarrillos y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

|                        |    | FOBIA SOCIAL    |       |              |       |
|------------------------|----|-----------------|-------|--------------|-------|
|                        |    | No Fobia Social |       | Fobia Social |       |
|                        |    | f               | %     | f            | %     |
| CONSUMO DE CIGARRILLOS | Si | 22              | 45,8% | 24           | 53,3% |
|                        | No | 26              | 54,2% | 21           | 46,7% |

$\chi^2 = 0.523$        $gl=1$        $p=0.0536$

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°24: Relación entre el Consumo de Cigarrillos y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°25: Relación entre el Consumo de Alcohol y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

|                    |    | FOBIA SOCIAL    |       |              |       |
|--------------------|----|-----------------|-------|--------------|-------|
|                    |    | No Fobia Social |       | Fobia Social |       |
|                    |    | f               | %     | f            | %     |
| CONSUMO DE ALCOHOL | Si | 41              | 85,4% | 38           | 84,4% |
|                    | No | 7               | 14,6% | 7            | 15,6% |

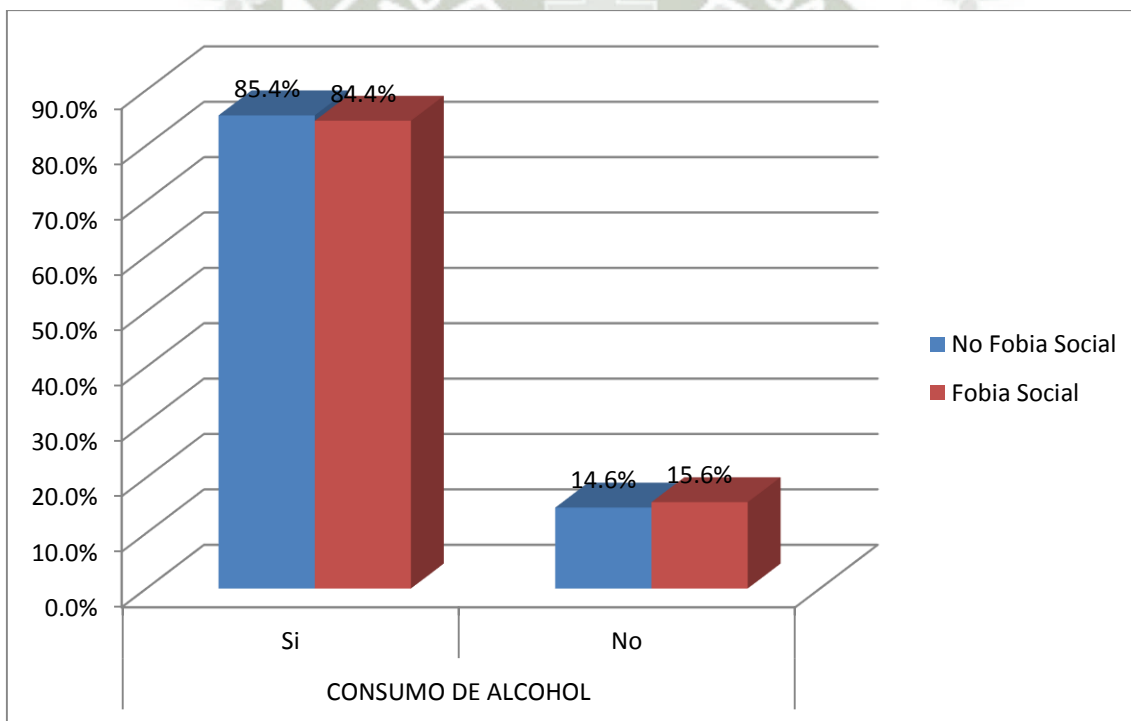
chi<sup>2</sup>= 0.017

gl=1

p=0.01

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°25: Relación entre el Consumo de Alcohol y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°26: Relación entre el Consumo de Drogas y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

|                   |    | FOBIA SOCIAL    |       |              |       |
|-------------------|----|-----------------|-------|--------------|-------|
|                   |    | No Fobia Social |       | Fobia Social |       |
|                   |    | f               | %     | f            | %     |
| CONSUMO DE DROGAS | Si | 4               | 8,3%  | 5            | 11,1% |
|                   | No | 44              | 91,7% | 40           | 88,9% |

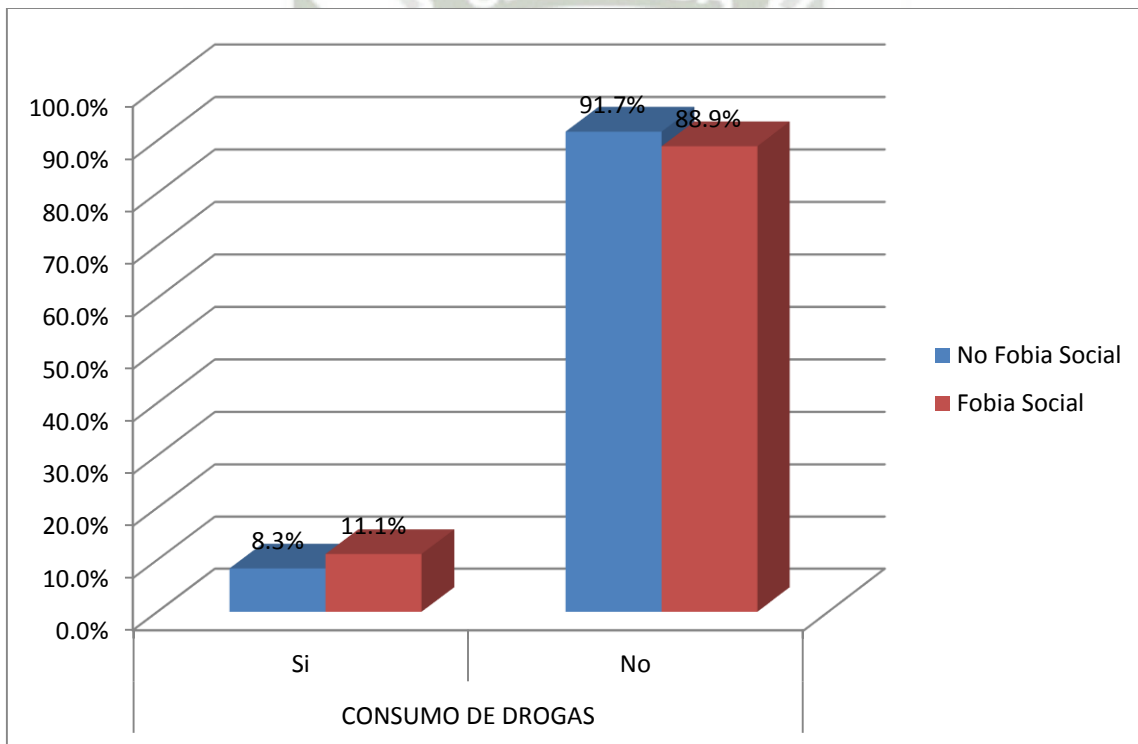
$\chi^2= 0.0205$

gl=1

p=0.735

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°26: Relación entre el Consumo de Drogas y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

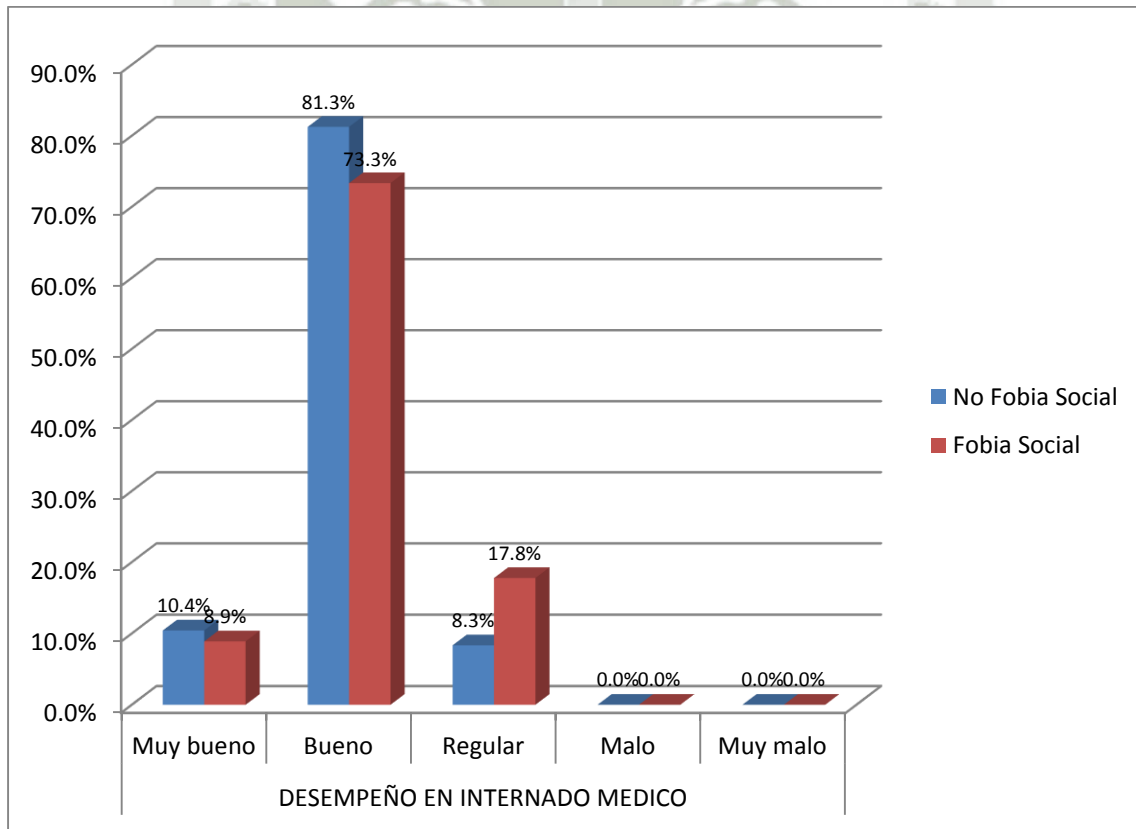
**Tabla y Grafico N°27: Relación entre el Desempeño en el Internado Médico y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

|                                      |                  | FOBIA SOCIAL    |       |              |       |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|-------|--------------|-------|
|                                      |                  | No Fobia Social |       | Fobia Social |       |
|                                      |                  | f               | %     | f            | %     |
| <b>DESEMPEÑO EN INTERNADO MEDICO</b> | <b>Muy bueno</b> | 5               | 10,4% | 4            | 8,9%  |
|                                      | <b>Bueno</b>     | 39              | 81,3% | 33           | 73,3% |
|                                      | <b>Regular</b>   | 4               | 8,3%  | 8            | 17,8% |
|                                      | <b>Malo</b>      | 0               | 0,0%  | 0            | 0,0%  |
|                                      | <b>Muy malo</b>  | 0               | 0,0%  | 0            | 0,0%  |

$\chi^2= 1.850$ 
 $gl=2$ 
 $p=0.397$

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°27: Relación entre el Desempeño en el Internado Médico y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°28: Relación entre la Relación con compañeros en el Internado Médico y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

|   |                  | FOBIA SOCIAL    |       |              |       |
|---|------------------|-----------------|-------|--------------|-------|
|   |                  | No Fobia Social |       | Fobia Social |       |
|   |                  | f               | %     | f            | %     |
| <b>RELACION CON<br/>COMPAÑEROS<br/>DE INTERNADO</b> | <b>Muy buena</b> | 6               | 12,5% | 4            | 8,9%  |
|   | <b>Buena</b>     | 40              | 83,3% | 39           | 86,7% |
|   | <b>Regular</b>   | 2               | 4,2%  | 2            | 4,4%  |
|   | <b>Mala</b>      | 0               | 0,0%  | 0            | 0,0%  |
|   | <b>Muy mala</b>  | 0               | 0,0%  | 0            | 0,0%  |

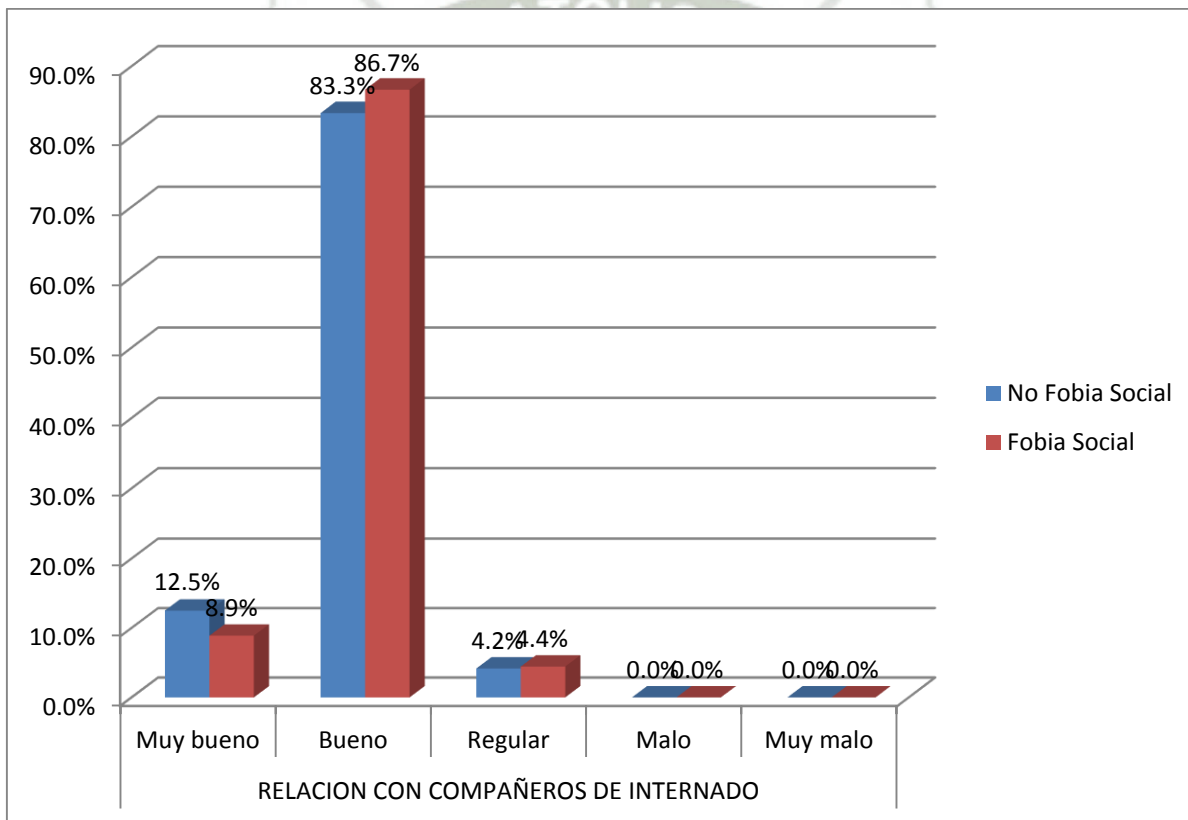
$\chi^2= 0.215$

gl=2

p=0.854

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°28: Relación entre la Relación con compañeros en el Internado Médico y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°29: Relación entre la Persona(s) con la(s) que conviven y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

|                    |                     | FOBIA SOCIAL    |       |              |       |
|--------------------|---------------------|-----------------|-------|--------------|-------|
|                    |                     | No Fobia Social |       | Fobia Social |       |
|                    |                     | f               | %     | f            | %     |
| <b>CONVIVENCIA</b> | <b>Ambos padres</b> | 42              | 87,5% | 38           | 84,4% |
|                    | <b>Solo padre</b>   | 0               | 0,0%  | 0            | 0,0%  |
|                    | <b>Solo madre</b>   | 4               | 8,3%  | 5            | 11,1% |
|                    | <b>Tíos</b>         | 0               | 0,0%  | 0            | 0,0%  |
|                    | <b>Abuelos</b>      | 0               | 0,0%  | 0            | 0,0%  |
|                    | <b>Otros</b>        | 2               | 4,2%  | 2            | 4,4%  |

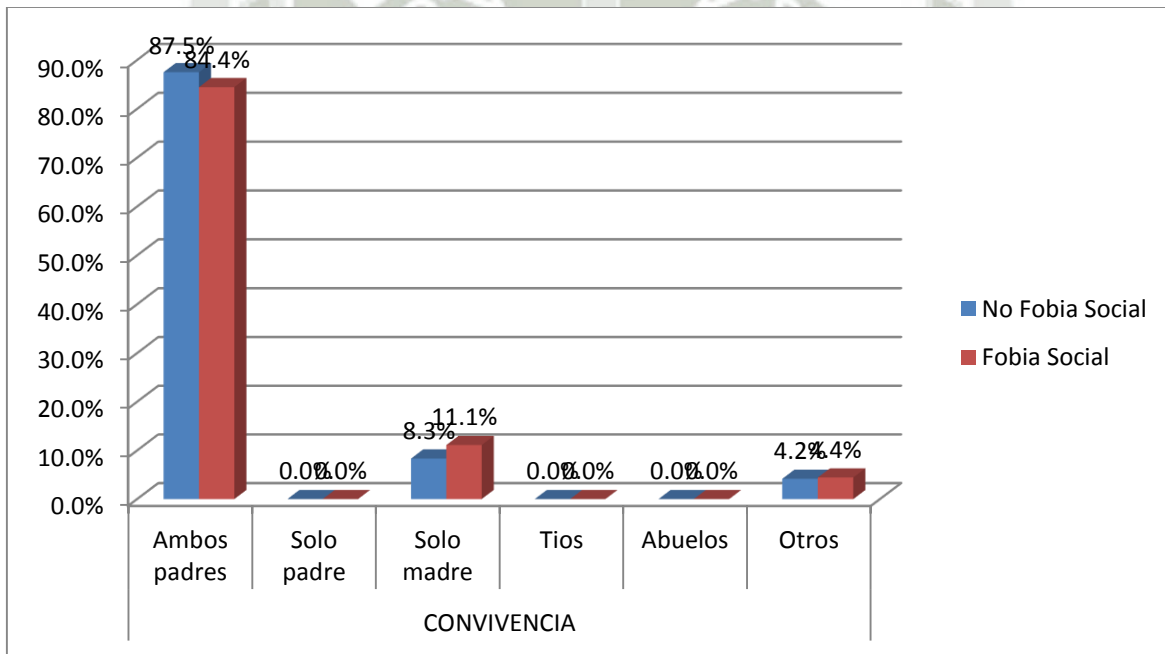
$\chi^2= 0.215$

gl=2

p=0.898

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°29: Relación entre la Persona(s) con la(s) que conviven y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

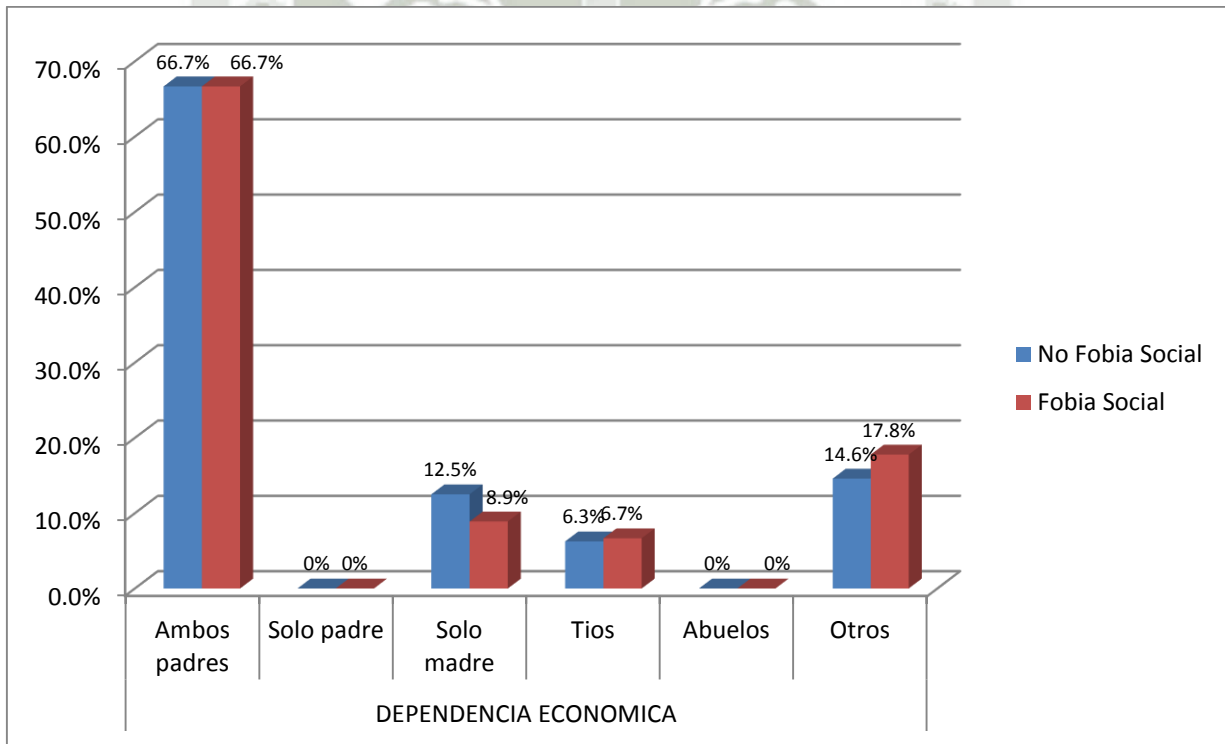


**Fuente: Elaboración propia**



**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°30: Relación entre la Dependencia Económica y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°31: Relación entre la Relación con Padres y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**

|                            |                  | FOBIA SOCIAL    |       |              |       |
|----------------------------|------------------|-----------------|-------|--------------|-------|
|                            |                  | No Fobia Social |       | Fobia Social |       |
|                            |                  | f               | %     | f            | %     |
| <b>RELACION CON PADRES</b> | <b>Muy buena</b> | 5               | 10,4% | 5            | 11,1% |
|                            | <b>Buena</b>     | 36              | 75,0% | 32           | 71,1% |
|                            | <b>Regular</b>   | 7               | 14,6% | 8            | 17,8% |
|                            | <b>Mala</b>      | 0               | 0,0%  | 0            | 0,0%  |
|                            | <b>Muy mala</b>  | 0               | 0,0%  | 0            | 0,0%  |

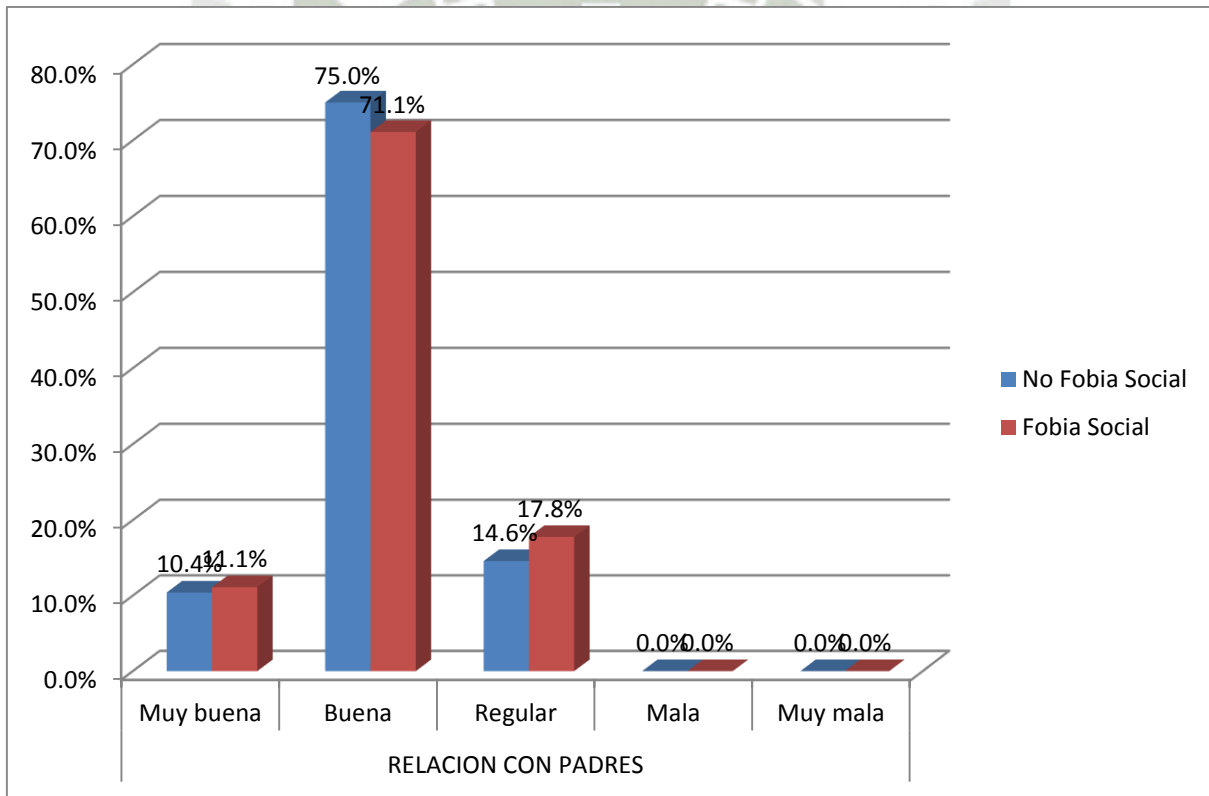
$\chi^2= 0.205$

gl=2

p=0.902

**“Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”**

**Tabla y Grafico N°31: Relación entre la Relación con Padres y la presencia de Fobia Social en la Muestra de Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa**



**Fuente: Elaboración propia**



# **CAPÍTULO III**

## **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

El presente estudio incluyó a los Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa del año 2015, en el periodo de estudio. La muestra estuvo constituida por 96 Internos de Medicina Humana de los cuales 3 no llenaron en forma correcta la encuesta suministrada. Se evaluaron en total 93 encuestas que cumplieron con el llenado correcto.

En cuanto a la edad de la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 1**) muestra que el 73,2% de los Internos encuestados tienen una edad comprendida entre 24 a 26 años.

En cuanto al género de la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 2**) muestra que el 53,8% de los Internos encuestados son de género femenino y 46,2% son de género masculino.

En cuanto a la Procedencia de la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 3**) muestra que el 79,6% proceden de Arequipa y el 20,4% proceden de otro lugar.

En cuanto a la Universidad de procedencia de la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 4**) muestra que el 58,1% de los Internos encuestados proceden de la Universidad Nacional de San Agustín y el 41,9% de la Universidad Católica de Santa María.

En cuanto al Hospital sede de Internado Médico de los Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 5**) muestra que el 58,1% de los Internos encuestados tienen como sede el Hospital Honorio Delgado de Espinoza y el 41,9% el Hospital Goyeneche.

En cuanto a la Rotación que realizan la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 6**) muestra que el 38,7% de los Internos encuestados realizan la rotación de Pediatría, el 25,8% la de Cirugía, el 19,4% la de Medicina Interna y el 16,1% la de Ginecología y Obstetricia.

En cuanto a la Presencia de enamorado(a) de la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 7**) muestra que el 79,6% de los Internos encuestados tienen enamorado(a) y el 20,4% manifiestan no tenerlo.

En cuanto al Consumo de Cigarrillos de la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 8**) muestra que el 50,5% de los Internos encuestados no consumen cigarrillos y el 49,5% si los consume.

En cuanto al Consumo de Alcohol en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 9**) muestra que el 84,9% de los Internos encuestados consumen alcohol y el 15,1% no lo consumen.

En cuanto al Consumo de Drogas en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 10**) muestra que el 90,3% de los Internos encuestados no consumen drogas y el 9,7% si las consumen.

En cuanto al Desempeño en el Internado Medico de la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 11**) muestra que el 90,3% de los Internos encuestados declaran tener un desempeño entre Regular a Bueno.

En cuanto a la Relación con compañeros del Internado Medico en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 12**) muestra que el 89,2% de los Internos encuestados declaran tener una relación que consideran entre Regular a Buena.

En cuanto a la Persona(s) con la(s) que conviven la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 13**) muestra que el 86,0% de los Internos encuestados conviven con ambos padres, el 9,7% solo con su madre y el 4,3% con otros familiares.

En cuanto a la Dependencia económica de la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 14**) muestra que el 66,7% de los Internos encuestados dependen económicamente de ambos padres, el 16,1% de otros familiares, el 10,8% de solo madre y solo el 6,5% depende de sus tíos.

En cuanto a la Relación con sus Padres de la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 15**) muestra que el 89,2% de los Internos encuestados consideran dicha relación entre Regular a Buena.

En cuanto a la Frecuencia de Fobia Social en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 16**) muestra que el 48,4% de los Internos encuestados presentan Fobia Social y el 51,6% no presenta Fobia Social, respecto a los trabajos anteriormente realizados, si bien no en todos se utilizó la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve (BFNE), la frecuencia de Fobia Social encontrada en el presente trabajo fue de 48,4% cifra que no está muy alejada de la encontrada por **GAONA ANA S. (9)**, Fobia Social leve (66,7%), Fobia Social moderada (31,67%) y Fobia social Grave (1,67%); así como las encontradas por **NUÑEZ DEL PRADO ELEANA C. (10)**, en 71,4%. **BEHAR ROSA A. (13)**, encontró una frecuencia de 40,4% de Fobia Social la cual es la que se acerca más a la encontrada en el presente

trabajo, si bien no se utilizó el mismo instrumento estas cifras nos reflejan que son próximas a las nuestras.

En cuanto a la Relación entre la edad y la presencia de Fobia Social en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 17**) según la Prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 5.363$ ) se aprecia que la Edad y la presencia de Fobia Social presento relación estadística significativa ( $P<0.05$ ). Así mismo muestra que el 31,1% de los Internos de Medicina Humana con presencia de Fobia Social tienen 26 años, el 24,4% de los mismos tienen 25 años y el 15,6% tienen 24 años, siendo este resultado estadísticamente significativo. Si bien las cifras encontradas en el presente trabajo respecto a los rangos de edades para la Fobia Social variaron entre los 24 a 26 años, con la mayor frecuencia encontrada para la edad de 26 años (24,4%), estas cifras en rangos relativos se aproximan a las encontradas por **GALLI ENRIQUE ET AL. (11)**, siendo un adicional que la población estudiada presenta la mayor cantidad de similitudes con la utilizada en nuestro estudio. Igualmente las cifras encontradas por **BEHAR ROSA A. (13)**, son próximas a las nuestras respecto a rangos de edad de entre 20 a 22 años con la frecuencia de 68,3%; así mismo en el estudio de **POSADA-VILLA JOSE A. ET AL (14)** se encontró una frecuencia de 36,6% para el rango de edad entre 20 a 32 años y la presencia de Fobia Social, todas estas cifras son próximas a las encontradas en presente trabajo con el adicional de que se determinó relación estadística significativa entre la edad y la presencia de Fobia Social.

En cuanto a la Relación entre el Género y la presencia de Fobia Social en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 18**) según la Prueba de Chi

cuadrado( $X^2= 0,565$ ) se aprecia que el Género y la presencia de Fobia Social presento relación estadística significativa ( $P<0.05$ ). Así mismo se muestra que el 57,8% de los Internos de Medicina Humana con presencia de Fobia Social son de género femenino y 42,2% son de género masculino, siendo este resultado estadísticamente significativo. Si bien las cifras encontradas en el presente trabajo en lo que respecta al género y la presencia de Fobia Social, son cercanas a los trabajos revisados coincidiendo con el estudio realizado por la revisión (9), siendo muy cercana a esta última. Las cifras encontradas en el trabajo (11), son también muy cercanas a las nuestras siendo este el único trabajo que es comparable con el nuestro respecto a la muestra estudiada. **BEHAR ROSA A. (13)**, describe también frecuencias de presencia de Fobia Social muy cercanas a la encontrada en el presente trabajo, coincidiendo además con que existe relación estadística significativa entre el género y la presencia de Fobia Social, además el trabajo (14), describe una frecuencia de Fobia Social también muy similar a la nuestra.

En cuanto a la Relación entre la Procedencia y la presencia de Fobia Social en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 19**) según la Prueba de Chi cuadrado( $X^2= 0,010$ ) se aprecia que la Procedencia y la presencia de Fobia Social presento relación estadística significativa ( $P<0.05$ ). Así mismo muestra que el 80% de los Internos de Medicina Humana con presencia de Fobia Social declaran como procedencia Arequipa y el 20% declaran proceder de otras ciudades, siendo este resultado estadísticamente significativo. No se encontró algún trabajo que relacionara la procedencia y la presencia de Fobia Social, siendo un aporte del presente trabajo.

En cuanto a la Relación entre la Universidad de procedencia y la presencia de Fobia Social en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 20**) según la Prueba de Chi cuadrado( $X^2= 0,225$ ) se aprecia que la relación de Universidad de Procedencia y la presencia de Fobia Social no presento relación estadística significativa ( $P>0.05$ ). Así mismo se muestra que el 55,6% de los Internos de Medicina Humana con presencia de Fobia Social declaran como Universidad de procedencia la UNSA y el 44,4% la UCSM, siendo este resultado no estadísticamente significativo. No se encontró algún trabajo a nivel local que relacione la presencia de Fobia Social y la universidad de procedencia, siendo un aporte más del presente trabajo.

En cuanto a la Relación entre el Hospital sede de Internado Médico la presencia de Fobia Social en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 21**) según la Prueba de Chi cuadrado( $X^2= 0,801$ ) se aprecia que el Hospital sede de Internado Médico y la presencia de Fobia Social no presento relación estadística significativa ( $P>0.05$ ). Así mismo se muestra que el 53,3% de los Internos de Medicina Humana con presencia de Fobia Social declaran como Hospital sede de Internado al Hospital Honorio Delgado Espinoza y el 46,7% al Hospital Goyeneche, siendo este resultado no estadísticamente significativo, no se encontró a nivel local algún trabajo que relacione las variables anteriormente mencionadas, siendo un aporte más del presente trabajo.

En cuanto a la Relación entre la Rotación realizada de Internado Médico y la presencia de Fobia Social en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 22**) según la Prueba de Chi cuadrado( $X^2= 5,363$ ) se aprecia que la rotación realizada y la presencia de Fobia Social presento relación estadística significativa ( $P<0.05$ ). Así

mismo se muestra que el 35,6% de los Internos de Medicina Humana con presencia de Fobia Social realizan la rotación de Pediatría, el 26,7% la de Cirugía, el 24,4% la de Medicina Interna y solo el 13,3% la de Ginecología y Obstetricia, siendo este resultado estadísticamente significativo, igualmente no se encontró algún trabajo que relacione las anteriores variables, siendo una vez más un aporte del presente trabajo.

En cuanto a la Relación entre la presencia de Enamorado(a), Rotación y la presencia de Fobia Social en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 23**) según la Prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 0,010$ ) se aprecia que la presencia de Enamorado(a) y la presencia de Fobia Social no presentó relación estadística significativa ( $P > 0,05$ ). Así mismo se muestra que el 80% de los Internos de Medicina Humana con presencia de Fobia Social declararon tener enamorado(a) y solo el 20,0% declararon no tenerlo, siendo este resultado no estadísticamente significativo siendo estos resultados similares con el estudio (9), en el estudio realizado en nuestra ciudad en el año 2007, para determinar la incidencia de Fobia Social y su relación con las relaciones sentimentales, y hábitos nocivos (alcohol y drogas), encontró una frecuencia elevada del trastorno: Fobia Social leve (66,7%), Fobia Social moderada (31,67%) y Fobia social Grave (1,67%), se describió que el 73,3% de la muestra tuvo relaciones sentimentales siendo cercana a la encontrada en el presente trabajo, además coincidimos en no encontrar relación estadística significativa entre las variables con el estudio anteriormente nombrado.

En cuanto a la Relación entre el Consumo de Cigarrillos y la presencia de Fobia Social en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 24**) según la Prueba

de Chi cuadrado( $X^2= 0,523$ ) se aprecia que el Consumo de cigarrillos y la presencia de Fobia Social no presento relación estadística significativa ( $P>0.05$ ). Así mismo se muestra que el 53,3% de los Internos de Medicina Humana con presencia de Fobia Social declararon consumir cigarrillos y el 46,7% declararon no consumirlos, siendo este resultado no estadísticamente significativo. Hallando similitud con estudio (9), describió que del total de participantes con presencia de Fobia Social el 51,1% declararon haber consumido tabaco en forma cigarrillos no encontrando relación estadística significativa entre ambas variables, coincidimos en la frecuencia de consumo de cigarrillos así como también en que no existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En cuanto a la Relación entre el Consumo de Alcohol y la presencia de Fobia Social en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 25**) según la Prueba de Chi cuadrado( $X^2= 0,017$ ) se aprecia que el Consumo de Alcohol y la presencia de Fobia Social presento relación estadística significativa ( $P<0.05$ ). Así mismo muestra que el 84,4% de los Internos de Medicina Humana con presencia de Fobia Social declararon consumir alcohol y el 15,6% declararon no consumirlo, siendo este resultado estadísticamente significativo. Por lo que el presente estudio encontró relación entre el consumo de alcohol y la presencia de Fobia Social, siendo un aporte más del presente estudio.

En cuanto a la Relación entre el Consumo de Drogas y la presencia de Fobia Social en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 26**) según la Prueba de Chi cuadrado( $X^2= 0,0205$ ) se aprecia que el Consumo de Drogas y la presencia de Fobia Social no presento relación estadística significativa ( $P>0.05$ ). Así mismo muestra que el 88,9% de los Internos de Medicina Humana con presencia de Fobia Social

declararon no consumir drogas y el 11,1% declararon haber consumido, siendo este resultado no estadísticamente significativo. Coincidiendo con los estudios encontrados en el estudio (9) que encontró una frecuencia baja de consumo de drogas con solo 3,3%, coincidiendo con la cifra encontrada en el presente trabajo, igualmente no se encontró relación estadística significativa entre ambas variables con lo cual también se coincide.

En cuanto a la Relación entre el Desempeño en el Internado Médico y la presencia de Fobia Social en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 27**) según la Prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 1,850$ ) se aprecia que el Desempeño en el Internado y la presencia de Fobia Social no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ). Así mismo se muestra que el 73,3% de los Internos de Medicina Humana con presencia de Fobia Social declararon tener un desempeño en el Internado Médico de Bueno, el 17,8% de Regular y solo el 8,9% de Muy Bueno, siendo este resultado no estadísticamente significativo. No encontramos algún estudio que correlacione estas variables, si bien es cierto que el desempeño se midió de forma cualitativa, la frecuencia mayor del mismo es entre Regular y Bueno, no influyendo la presencia de Fobia Social en el mismo, siendo este un aporte más del presente estudio.

En cuanto a la Relación entre la relación con compañeros del Internado Médico y la presencia de Fobia Social en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 28**) según la Prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 0,215$ ) se aprecia que la relación con compañeros y la presencia de Fobia Social no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ). Así mismo muestra que el 86,7% de los Internos de Medicina

Humana con presencia de Fobia Social declararon percibir la relación con sus compañeros de Internado Médico como Buena, el 8,9% como Muy Buena y solo el 4,4% como Regular, siendo este resultado no estadísticamente significativo. Si bien no se encontró ningún trabajo que relacione las variables antes mencionadas es contradictorio el resultado obtenido ya que en la bibliografía revisada **SADOCK BJ, SADOCK VA(1)**, indican que la presencia de este trastorno causa deterioro en la relaciones interpersonales causando ausentismo en el trabajo de hasta 6% en los afectados, igualmente **GELDER M, LOPEZ-IBOR J, ANDREASEN N (8)** indican que las repercusiones en las relaciones sociales e interpersonales en este trastorno son deterioradas con el tiempo causando miedo a la comunicación interpersonal, esto es contradictorio a los resultados obtenidos en el presente estudio, pudiendo intervenir factores diferentes que pudieran estar relacionados a la población estudiada.

En cuanto a la relación entre la persona(s) con la(s) que conviven y la presencia de Fobia Social en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 29**) según la Prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 0,215$ ) se aprecia que la relación con compañeros y la presencia de Fobia Social no presento relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Así mismo muestra que el 84,4% de los Internos de Medicina Humana con presencia de Fobia Social declararon convivir con Ambos Padres, el 11,1% convivir solo con su Madre y solo el 4,4% convive con otros familiares, siendo este resultado no estadísticamente significativo. No se encontró ningún estudio que vincule las anteriores variables estudiadas, siendo un aporte del presente estudio.

En cuanto a la relación entre la Dependencia económica y la presencia de Fobia Social en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 30**) según la Prueba de Chi cuadrado( $X^2= 0,435$ ) se aprecia que la dependencia económica y la presencia de Fobia Social no presento relación estadística significativa ( $P>0.05$ ). Así mismo muestra que el 66,7% de los Internos de Medicina Humana con presencia de Fobia Social declararon depender económicamente de Ambos padres, el 17,8% depende económicamente de otros familiares, el 8,9% depender económicamente solo de su madre y solo el 6,7% depender económicamente de sus tíos, siendo este resultado no estadísticamente significativo. Igualmente en la revisión bibliográfica no se encontró algún estudio que vincule ambas variables, así como tampoco existe dependencia entre ambas variables; siendo un aporte más del presente estudio.

En cuanto a la relación entre la relación con padres y la presencia de Fobia Social en la muestra de Internos de Medicina Humana (**Tabla y Grafico 31**) según la Prueba de Chi cuadrado( $X^2= 0,205$ ) se aprecia que la relación con padres y la presencia de Fobia Social no presento relación estadística significativa ( $P>0.05$ ). Así mismo muestra que el 71,1% de los Internos de Medicina Humana con presencia de Fobia Social consideran la relación con sus padres como Buena, el 17,8% como regular y solo el 11,1% como Muy Buena, siendo este resultado no estadísticamente significativo, según el trabajo **(10)**, las cifras encontradas son próximas a las nuestras y se coincide en no encontrar relación estadística significativa en las variables estudiadas.



# **CAPÍTULO IV**

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## A. CONCLUSIONES

1.- La frecuencia de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa en el año 2015 fue de 48,4%.

2.- Las Características Sociodemográficas más comunes de los Internos de Medicina de dos Hospitales Públicos de Arequipa en el año 2015 son: Una edad comprendida entre 24 a 26 años (73,2%), de género femenino (53,8%), procedentes de Arequipa (79,6%), procedentes de la Universidad Nacional de San Agustín (58,1%), con sede de Internado en el Hospital Honorio Delgado Espinoza (58,1%), el mayor número de Internos de Medicina realiza la rotación de Pediatría (38,7%), que tienen enamorado (79,6%), que no consumen cigarrillos (50,5%), que consumen alcohol (84,9%), que no consumen drogas (90,3%), que consideran su desempeño en el Internado Medico entre Regular a Bueno (90,3%), que consideran la relación con compañeros del Internado Medico entre Regular a Buena (89,2%), que viven con ambos padres (86%) , que dependen económicamente de ambos padres (66,7%), que consideran la relación con ellos entre Buena a Regular (89,2%).

3.- Las Características Sociodemográficas que mostraron relación estadística significativa con la presencia de Fobia Social en los Internos de Medicina de dos Hospitales Públicos de Arequipa fueron: la Edad, el Género, el lugar de Procedencia, la rotación del Internado Medico realizada y el consumo de Alcohol.

## B. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar un estudio más amplio respecto a los Trastornos Fóbicos en Internos de Medicina Humana, desde el programa de Extensión Universitaria con el apoyo del departamento psicológico y de tutoría universitaria de la Universidad Católica de Santa María, identificando a los Internos de Medicina con la presencia de este trastorno y brindándoles evaluación psiquiátrica específica y tratamiento.
- Se recomienda establecer estrategias para la evaluación sistemática antes del ingreso al Internado Médico específicamente en lo que respecta a Salud Mental en coordinación con las direcciones de los principales hospitales donde se realiza el Internado Médico y de esta manera garantizar la correcta formación de los Internos de Medicina
- Se recomienda realizar trabajos de investigación, que incluyan coordinación mutua entre las Facultades de Medicina de nuestra ciudad para determinar cómo influyen ciertos factores como el género, lugar de procedencia, rotación de Internado Médico y el consumo de sustancias en los estudiantes de pregrado y su relación con los diversos trastornos de ansiedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 10 ed. Wolters Kluwer (NY): Lippincott Williams&Wilkins Publishers; 2009. Cap.16 p.597-608
- 2.- Toro RJ, Yepes LE, Palacio CA, Téllez JE. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 ed. Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010. Cap.18 p.234-240
- 3.- Alarcon, R. Psiquiatría. 2ed. Washington, D.C: OPS/Manual Moderno, 2005. Cap.14 p.471-475
- 4.- Baldwin D., Anderson I., Nutt D., Bond A., Davidson J., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J of Psychopharm. 2005; 19(6): 597-96.
- 5.- Posada J., Aguilar S., Magaña C., Gómez L., Prevalencia de Trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia, 2003. Rev Col Psiq. 2004; 33(3): p: 241-61
- 6.- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIII. Año 2007, Números 1 y 2. Lima
- 7.- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

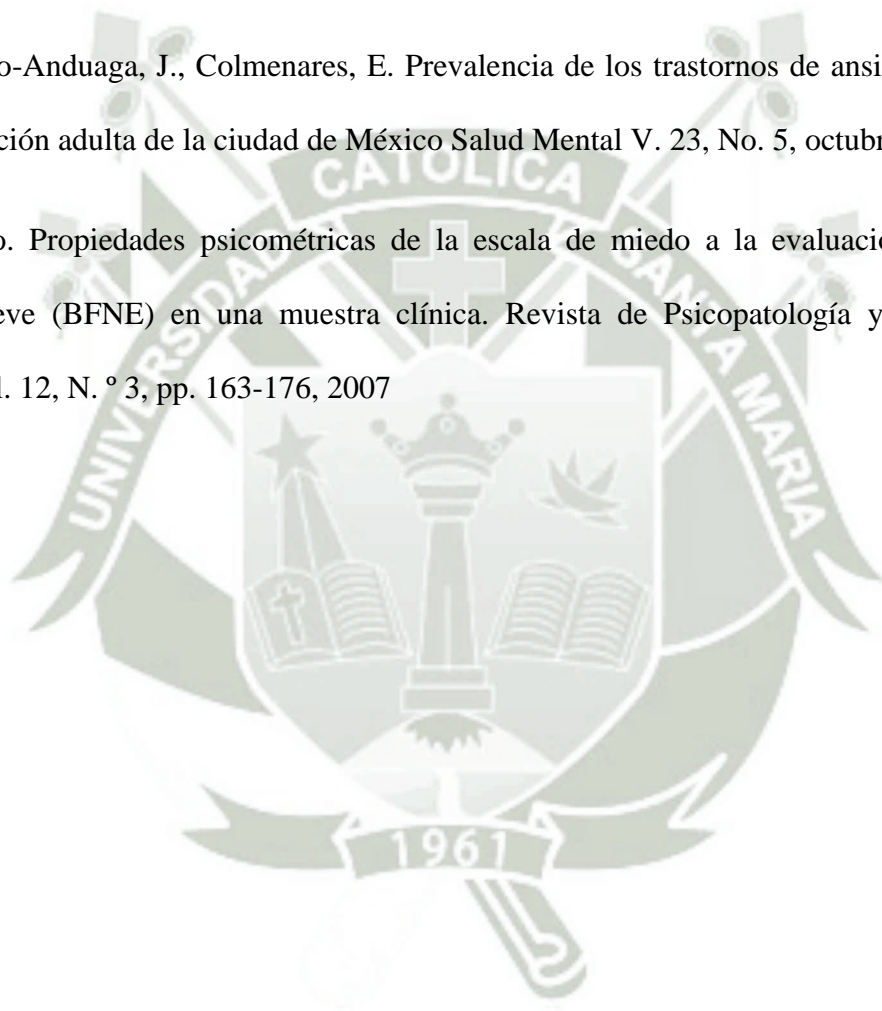
- 8.-Gelder, M., López-Ibor, J., Andreasen N., Tratado de Psiquiatría 3 ed. Oxford University Press; 2000.Tomo II Cap 4. P.946-959
- 9.-Gaona, A. Incidencia de Fobia Social y Factores asociados en los alumnos del 5to año de secundaria del Colegio Peruano del Milenio, Arequipa 2007. Tesis para obtener el Título de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2007.
- 10.-Núñez Del Prado, E. Relación entre Apgar familiar y frecuencia de síntomas de fobia social en estudiantes del tercer al quinto año de secundaria de las I.E. La Salle y Mayta Capac Arequipa – 2011.Tesis para obtener el Título de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2011.
- 11.-Galli, E., et al. Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. Rev Med Hered 2001; 13: 19-25.
- 12.-Archibaldo M. et al. Escala de miedo a la evaluación negativa versión Breve (BFNE): propiedades psicométricas en Muestras Clínicas y de Universitarios en México. Acta Colombiana de Psicología 2014, 18(1), 69-77.
- 13.-Behar R., et al. Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2007; 45 (3): 211-220
- 14.-Posada-Villa, J., et al. 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,2006.Nova - Publicación científica - issn: 1794-2470 vol.4 no. 6 junio - diciembre de 2006:1-114

15.-Hernández, G. et al. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna.Rev Méd Chile 2005; 133: 895-902

16.-Caraveo-Anduaga, J., Colmenares, E. Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México Salud Mental V. 23, No. 5, octubre del 2000

17.-Gallego. Propiedades psicométricas de la escala de miedo a la evaluación negativa versión breve (BFNE) en una muestra clínica. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 12, N. ° 3, pp. 163-176, 2007





# ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS



# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana Programa Profesional de Medicina Humana



### “Frecuencia y Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015”

**Autor: Omar Reynaldo Tito Ponce**

Proyecto de Investigación para Obtener el grado de  
Bachiller

**Profesor(a) y asesor(a): Filiberto Camargo Guillen**

**Arequipa - Perú**

**2015**

## I. PREÁMBULO

El miedo y la ansiedad parecen existir en muchas especies, el miedo organiza al ser vivo que enfrenta una amenaza a modo de que actué frente al peligro; en este contexto, el miedo se refiere a la conducta de ataque-huida de los seres animados. Cuando este miedo y ansiedad se vuelven desproporcionados al estímulo causal, surgen los trastornos de ansiedad dentro de estos los de Fobias. El termino fobia alude a un miedo excesivo a un objeto, circunstancia o situación específicos. Una fobia específica es un miedo intenso y persistente a un objeto o situación, mientras una fobia social es un miedo intenso y persistente a situaciones que pueden ser embarazosas o vergonzosas para un individuo.

Está demostrado que existen ciertos factores y características propias que predisponen al desarrollo de los trastornos fóbicos como son la edad de aparición, el género, los estilos de crianza y hasta una predisposición heredofamiliar; que influyen en el constructo del desarrollo de los trastornos fóbicos. Por otro lado, las consecuencias de estos trastornos sobre el funcionamiento de los individuos que los padecen son varios, disminución del desempeño académico y laboral, dificultad para establecer relaciones sociales e interaccionar con otros individuos, al ser Interno de Medicina Humana se es un sujeto que de manera implícita interactúa con otros seres humanos como pacientes, personal de salud es de mi interés conocer la frecuencia de los trastornos fóbicos y de esta manera poder plantear estrategias para el tratamiento y prevención de los mismos.

## II. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1. Problema de investigación

#### 1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál será la Frecuencia y las Características Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015?

#### 1.2. Descripción del Problema

##### a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Trastorno de ansiedad y fobia

**b) Análisis de Variables**

| <b>Variable</b>                      | <b>Indicador</b>  | <b>Unidad / Categoría</b>  | <b>Escala</b> |
|--------------------------------------|---|--|---------------|
| Edad                                 | Fecha de nacimiento   | Años   | De razón      |
| Género                               | Género  | Masculino, Femenino  | Nominal       |
| Procedencia                          | Lugar de Procedencia  | Arequipa, Otros  | Nominal       |
| Universidad                          | Universidad donde realizó estudios universitarios             | UCSM, UNSA, Otros  | Nominal       |
| Hospital                             | Hospital donde realiza su Internado Médico                    | Hospital Goyeneche<br>Hospital Honorio Delgado Espinoza            | Nominal       |
| Rotación de Internado Médico         | Rotación de Internado médico que se encuentra realizando      | Medicina Interna,<br>Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Pediatría | Nominal       |
| Tiene Enamorado(a)                   | Declaración propia de tener Enamorado(a)                      | Si, No   | Nominal       |
| Consumo de Cigarrillos               | Declaración Propia de Consumo de Cigarrillo                   | Si, No   | Nominal       |
| Consumo de Alcohol                   | Declaración propia de consumo de alcohol                      | Si, No   | Nominal       |
| Consumo de Drogas                    | Declaración propia de consumo de drogas                       | Si, No   | Nominal       |
| Desempeño en el Internado Médico     | Declaración propia de Desempeño en el Internado Médico        | Muy Bueno, Bueno, Regular, Malo, Muy Malo                          | Nominal       |
| Relación con Compañeros de Internado | Percepción propia de Relación con compañeros de Internado     | Muy Bueno, Bueno, Regular, Malo, Muy Mala                          | Nominal       |
| Persona(s) con la(s) que vive        | Declaración propia de persona(s) con las que vive             | Ambos padres, Solo padre, Solo madre, Tíos, Abuelo, Otros          | Nominal       |
| Dependencia Económica                | Persona(s) de la que depende económicamente                   | Ambos padres, Solo padre, Solo madre, Tíos, Abuelo, Otros          | Nominal       |
| Relación entre padres                | Percepción propia de relación entre padres                    | Muy Bueno, Bueno, Regular, Malo, Muy Mala                          | Nominal       |
| Trastorno de Fobia Social            | Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve (BFNE) | Menor de 24: No Fobia Social<br>De 25 a 53: Fobia Social           | Nominal       |

**c) Interrogantes básicas**

1. ¿Cuál es la Frecuencia del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015?
2. ¿Cuáles son las Características Sociodemográficas de los Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de la ciudad de Arequipa, 2015?
3. ¿Cuáles son las Características Sociodemográficas de los Internos de Medicina Humana con Trastorno de Fobia Social de dos Hospitales Públicos de la ciudad de Arequipa, 2015?

**d) Tipo de investigación:**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal.

### 1.3. Justificación del problema

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

**Originalidad:** En el momento de realizar la revisión bibliográfica y de antecedentes investigativos, si bien es cierto existen múltiples estudios epidemiológicos sobre los trastornos fóbicos, no existe alguno realizado en estudiantes de Medicina Humana.

**Relevancia Científica:** Los trastornos fóbicos se encuentran dentro de los trastornos de ansiedad y a nivel mundial las cifras las consideran como los trastornos más comunes con un prevalencia de vida de hasta un 21% y las fobias específicas a su vez los trastornos de ansiedad más frecuentes en la población general con una tasa de prevalencia vida de hasta 13,2%

**Relevancia Social:** El impacto sobre el funcionamiento en diferentes áreas de los individuos como a nivel social, personal y académico de los trastornos fóbicos es considerable, además el Interno de Medicina de manera implícita interactúa con personas al existir estos trastornos jugarían en desmedro del mismo Interno.

**Relevancia Contemporánea:** La salud mental en el personal de salud últimamente ha recibido una atención resaltada, debido a que la interacción entre el personal de salud y los usuarios de salud es la base fundamental de la atención en salud.

Por todo ello se justifica la realización del presente estudio.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1 Trastorno de Fobia

#### 2.1.1 Definición

El término fobia alude a un miedo excesivo a un objeto, circunstancia o situación específicos. Una fobia específica es un miedo intenso y persistente a un objeto o situación, mientras una fobia social es un miedo intenso y persistente a situaciones que pueden ser embarazosas. (1)

Una fobia específica es un temor irracional y excesivo a un objeto o situación definida que genera una marcada interferencia funcional en el individuo que la sufre. A menudo estas personas reconocen lo absurdo e irracional de sus temores y es una condición que, aunque muy común en la población general, con frecuencia permanece su diagnosticada. (2)

Estas fobias especialmente en sus presentaciones más graves pueden ser en extremo incapacitantes y alterar la calidad de vida en el individuo que las sufre, pero aunque en general responde de manera exitosa a la terapia cognitivo conductual, la mayoría de las personas que las padecen no se someten a una terapia adecuada y continúan afectados por su trastorno.(2)

El miedo y la ansiedad parecen existir en muchas especies. El miedo organiza al ser vivo que enfrenta una amenaza a modo de que actué frente al peligro; en ese contexto, el miedo se refiere a la conducta de ataque-huida de los seres animados. Las respuestas fisiológicas, como aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, se dan para suplir las necesidades incrementadas de oxígeno, la diaforesis aumenta para enfriar el cuerpo, las pupilas se

dilatan para mejorar la agudeza visual, siendo estas respuestas básicamente noradrenérgicas. (3)

Cuando en los seres humanos el miedo y la ansiedad no se dan en contextos proporcionales a la realidad, son persistentes, alcanzan niveles inmanejables, o ambas, se pueden dar los denominados trastornos de ansiedad. (3)

El diagnóstico de fobias específica y social requiere la aparición de una ansiedad intensa, hasta llegar a la angustia, cuando se expone al paciente al objeto o situación temidos. Los individuos con fobia específica pueden anticipar el daño, como que un perro les muerda, o pueden angustiarse con el pensamiento de perder el control: por ejemplo, si tienen miedo a utilizar un ascensor, también pueden preocuparse por si se desmayan después de cerrarse las puertas. Los individuos con fobia social (también denominada trastorno de ansiedad social) sufren un miedo excesivo a la humillación o a las situaciones embarazosas en diversos entornos sociales, como hablar en público, orinar en un lavabo público (también denominado vejiga tímida) y a hablar en una cita. Una fobia social generalizada, que a menudo es una condición crónica e incapacitante caracterizada por la evitación fóbica de la mayoría de las situaciones sociales, puede ser difícil de distinguir de un trastorno de la personalidad por evitación. (1)

### **2.1.2 Aspectos Históricos**

Los síntomas fóbicos han sido mencionados desde Hipócrates, sin embargo, el termino fobia se emplea a principios del siglo XX. Westphal describe desde 1870 en adelante fenómenos fóbicos y obsesivo-compulsivos sin diferenciarlos, describe la agorafobia, que será incluida en forma separada por Henry Maudsley en su Patología de la Mente, no

obstante agrupa en la misma obra, en 1895, a todas las fobias dentro de la melancolía. En ese mismo año, Freud diferencio las fobias comunes, en las que la mayoría de las personas teme algo, de las fobias específicas a cosas o a situaciones que no inspiran miedo a las personas normales. Kraepelin desarrollara los conceptos de ideas incontrolables y miedos irresistibles, mientras Westphal hablara sobre fobias y fenómenos obsesivo-compulsivos sin separación clara entre ellas. Por esa misma época Janet (1925) describió las características del trastorno obsesivo-compulsivo y su tratamiento por exposición según lo señalado por Marks. (3)

En 1947 las fobias fueron clasificadas en forma independiente, en la Clasificación Internacional de Enfermedades, y posteriormente se incorporaron en la clasificación estadounidense, en 1952. (3)

Pese a su frecuencia las fobias han sido ignoradas hasta hace poco; en el caso de la fobia social esta categoría diagnóstica fue incorporada en el DSM-III en el año 1980, con lo que se desarrolló un cúmulo de investigaciones en ese campo. En las fobias específicas las razones de la pobre atención son varias, muchos clínicos no las consideran severas, pocos se presentan a tratamiento, y aquellos que lo hacen difieren de quienes permanecen sin tratamiento en términos de cantidad y tipo de fobias específicas. (3)

El nivel de interés en las conductas fóbicas se ha incrementado en virtud de las limitaciones que tienden a implicar en términos de la evitación de situaciones que conllevan mejoras familiares, laborales, económicas o sociales, aun cuando el individuo es consciente de tales mejoras potenciales. (3)

### 2.1.3 Epidemiología de las Fobias

Las fobias son el trastorno más común del grupo de los trastornos de ansiedad. Sin embargo estos pacientes raramente consultan al psiquiatra o al personal de salud por este motivo ya que ellos reconocen la irracionalidad de sus temores y además su principal estrategia de afrontamiento se convierte en la evitación y esto refuerza de cierta manera su dificultad para consultar. (2)

El 75% a 90% de los pacientes con fobias situacionales y de ambiente natural son de sexo femenino y del 55% al 70% de las de inyección, sangre y heridas son mujeres. (2)

A nivel mundial las cifras de los trastornos de ansiedad las consideran como los trastornos más comunes con un prevalencia de vida de hasta un 21% y las fobias específicas a su vez los trastornos de ansiedad más frecuentes en la población general con una tasa de prevalencia vida de hasta 13,2%.(4)

En América Latina, en México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (desarrollada entre los años 2001 y 2002) encuentra la fobia específica como el trastorno más frecuente con prevalencia de vida de 7,1%, mientras la fobia social se ubica en el cuarto lugar con 4,7%.(3)

En el estudio de Salud Mental realizado en Colombia en el año 2003, la prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad fue de 19.3%, siendo el trastorno más común las fobias específicas con una prevalencia en la vida de 12.6%, distribuidos en 10,9% para hombres y 13,9% para mujeres. (5)

En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana; realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental en el año 2006 se informa una prevalencia anual de los trastornos de ansiedad en función de grupos etarios de 2,8% de 18 a 24 años, y de 3,1% de 25 a 44 años, si bien es cierto no se especifica dentro de estos a los trastornos por fobias. (6)

### **2.1.3.1 Fobia Específica**

La fobia específica es más frecuente que la fobia social. Se trata del trastorno mental más frecuente en mujeres y el segundo más habitual en los varones, sólo precedido por los trastornos relacionados con sustancias. La prevalencia a 6 meses de una fobia específica es aproximadamente del 5% al 10%. Las tasas de fobia específica en las mujeres (del 13,6% al 16,1%) duplican a la de los varones (del 5,2% al 6,7%), aunque el cociente se aproxima más a 1:1 para la fobia a la sangre-inyecciones-herida. La edad de inicio más frecuente de la fobia de tipo ambiental natural y de tipo sangre-inyecciones-herida oscila entre los 5 a 9 años, aunque también pueden iniciarse posteriormente. En cambio, la edad de inicio más frecuente de la fobia de tipo situacional (excepto el miedo a las alturas) es superior, a mitad de la tercera década de la vida, y es más próxima a la de inicio de la agorafobia. Los objetos y situaciones temidos en la fobia específica (enumerados por frecuencia descendente de aparición) son los animales, las tormentas, las alturas, las enfermedades, las lesiones y la muerte. (1)

### **2.1.3.2 Fobia Social**

En los diversos estudios se ha descrito que la prevalencia a lo largo de la vida de la fobia social oscila entre el 3% y el 13%. La prevalencia a 6 meses es aproximadamente del 2% al 3%. En estudios epidemiológicos, la frecuencia de afectación entre las mujeres es superior a la que se da entre los varones, aunque en las muestras clínicas a menudo es cierto lo contrario. Se desconoce el motivo de estas diferencias en las observaciones. La edad de inicio más frecuente en la fobia social se sitúa en la adolescencia, aunque puede comenzar tanto a los 5 como a los 35 años. (1)

### **2.1.4 Etiología**

Tanto la fobia específica como la social se subdividen en tipos y probablemente sus causas difieran. Incluso dentro de los tipos se observa una heterogeneidad causal, como en todos los trastornos mentales. La patogenia de las fobias, una vez comprendida, puede ser un claro modelo para las interacciones entre factores biológicos y genéticos, por una parte, y acontecimientos ambientales, por otra. En la fobia específica de tipo sangre-inyecciones-herida, los individuos afectados pueden presentar un reflejo vasovagal hereditario particularmente potente, que se asocia a emociones fóbicas. (1)

#### **2.1.4.1 Factores Conductuales**

En 1920, Jhon B. Watson escribió un artículo titulado "Conditinal emotional reactions" en el que narra sus experiencias con el pequeño Albert, un niño con miedo a las ratas y a los conejos. A diferencia del caso del pequeño Hans de Sigmund Freud, que presentaba síntomas fóbicos a los caballos en el contexto de la evolución natural de su maduración, las dificultades del pequeño Albert eran resultado directo de los experimentos científicos de

dos psicólogos que emplearon técnicas que habían inducido con éxito respuestas condicionadas en animales de laboratorio. (1)

La hipótesis de Watson postula que el modelo pavloviano tradicional de estímulo-respuesta del reflejo condicionado explica la creación de la fobia: la ansiedad se suscita por un estímulo que atemoriza de manera natural y que se produce de forma contigua a un segundo estímulo inherentemente neutro. Como resultado de la contigüidad, en especial cuando ambos estímulos se emparejan en varias ocasiones sucesivas, el estímulo originalmente neutro adquiere la capacidad de suscitar ansiedad por sí mismo. Por tanto, el estímulo neutro se convierte en condicionado para la producción de ansiedad. (1)

En la teoría clásica de estímulo-respuesta, el estímulo condicionado pierde gradualmente su potencia si no se refuerza con la repetición periódica del estímulo no condicionado. En las fobias la respuesta al estímulo no se atenúa; el síntoma puede durar años sin ningún refuerzo externo aparente. La teoría del condicionamiento operante proporciona un modelo para explicar este fenómeno; la ansiedad es un impulso que motiva al organismo a hacer lo posible para obviar un efecto doloroso. En la evolución de su conducta aleatoria, el organismo aprende que ciertas acciones le permiten evitar el estímulo que provoca la ansiedad. Estos patrones de evitación se mantienen estables durante periodos largos como resultado del refuerzo que reciben por su capacidad de reducir la ansiedad. Este modelo es fácilmente aplicable a las fobias porque la evitación del objeto o de la situación que provoca la ansiedad desempeña una función esencial. Dicha conducta de evitación se fija como un síntoma estable por su eficacia para proteger al individuo de la ansiedad fóbica. (1)

La teoría del aprendizaje, particularmente relevante para las fobias, proporciona explicaciones sencillas e inteligibles para muchos aspectos de los síntomas fóbicos. Sin embargo, los críticos aducen que esta teoría aborda principalmente los mecanismos superficiales de la formación de síntomas y resulta menos útil que las teorías psicoanalíticas para esclarecer algunos de los complejos procesos psíquicos subyacentes. (1)

#### **2.1.4.2 Factores Psicoanalíticos**

El psicoanálisis postula que las fobias se originan en un complejo de Edipo no resuelto. El deseo incestuoso lleva a la ansiedad por el temor de ser atacado y castrado. Cuando el mecanismo de la represión es insuficiente, el Yo debe usar sus mecanismos de defensa adicionales. Clásicamente es el mecanismo de desplazamiento hacia un objeto o situación menos importante (tal como un animal), de modo que simboliza la fuente principal del conflicto y se usa la evitación para escapar de la ansiedad. (3)

La formulación de Sigmund Freud sobre la neurosis fóbica todavía constituye la explicación analítica de las fobias específica y social. Freud postuló que la principal función de la ansiedad es indicar al yo que un impulso inconsciente prohibido está pugnando por expresarse conscientemente y alertar al yo para que refuerce y reconduzca sus defensas frente a la fuerza instintiva amenazadora. Freud consideró la fobia-la histeria de ansiedad, como siguió denominándola- como el resultado de los conflictos centrados en una situación edípica infantil no resuelta. Puesto que los impulsos sexuales siguen teniendo un intenso matiz incestuoso en los adultos, el despertar sexual puede provocar una ansiedad que es característicamente un miedo a la castración. Cuando la represión no tiene un éxito completo, el yo ha de recurrir a las defensas auxiliares. En los pacientes con fobias, la defensa principal es el desplazamiento: es decir, el conflicto sexual se desplaza del

individuo que evoca el conflicto a un objeto o situación aparentemente sin importancia o relevancia que, en dicho momento tiene el poder de suscitar una constelación de emociones, una de las cuales se denomina ansiedad señal. El objeto o situación fóbicos pueden tener un conexión asociativa directa con el origen primario del conflicto y, por tanto, lo simbolizan (el mecanismo de defensa de simbolización). (1)

Además la situación u objeto es habitualmente uno que el individuo puede evitar; mediante el mecanismo de defensa adicional de la evitación, este puede escapar al sufrimiento de una ansiedad intensa. El resultado final es que las tres defensas combinadas (represión, desplazamiento y simbolización) pueden eliminar la ansiedad. Sin embargo la ansiedad se controla a costa de crear una neurosis fóbica. Freud fue el primero en comentar la formulación teórica de la formación de la fobia en su famosa descripción de un caso clínico, el del pequeño Hans, un niño de 5 años que temía a los caballos. (1)

Aunque los psiquiatras siguieron el pensamiento de Freud, que postulaba que las fobias se producían por la ansiedad de castración, los teóricos modernos del psicoanálisis han indicado que pueden estar implicados otros tipos de ansiedad. En la agorafobia por ejemplo, la ansiedad de separación desempeña una función esencial y en la eritrofobia (un temor al rojo que puede manifestarse en forma de miedo al sonrojo), el elemento de la vergüenza implica la participación de la ansiedad del superyó. Las observaciones clínicas han propiciado la noción de que la ansiedad asociada a las fobias tiene diversas causas y matices. (1)

### 2.1.4.3 Factores Familiares, Hereditarios y Ambientales

Existe un riesgo aumentado cuando se presenta fobia en un familiar de primer grado. Aun cuando la fobia específica puede ser diferente, a menudo pertenece al mismo grupo (animal, situacional, ambiental, etc.). Los familiares de pacientes con fobias específicas no están, sin embargo, en riesgo para otros trastornos de ansiedad o miedos subclínicos. La posibilidad de heredar la fobia hacia la sangre y las inyecciones parece ser mayor que para otras fobias. Los hallazgos para los individuos con fobia social y sus familias muestran un patrón similar. (3)

Esto no implica necesariamente una transmisión genética, pues se requieren estudios de fobias específicas y sociales en gemelos o en adopciones. No existen estudios de adopción a la fecha, y los estudios en gemelos han dado resultados contradictorios. (3)

Aun cuando los trastornos de ansiedad tienen un fuerte componente genético, el factor ambiental es predominante en las fobias; se ha encontrado una contribución genética para rasgos ansiosos en general, pero no para trastornos de ansiedad específicos. Los rasgos de personalidad como neurosis y extroversión están asociados con las fobias y está probado que son hereditarios. Se considera que un reflejo vagal estaría asociado con el desvanecimiento presente en la fobia a la sangre. (3)

Las fobias ilustran la interacción entre una diátesis constitucional genética y los factores estresantes ambientales. Los estudios longitudinales indican que algunos niños están predispuestos constitucionalmente a las fobias porque nacen con un temperamento específico conocido como inhibición conductual a lo no familiar, aunque un estrés ambiental crónico debe actuar sobre la disposición temperamental del niño para crear una fobia franca. (1)

Los factores estresantes, como la muerte o la separación de un progenitor, las críticas o humillaciones de un hermano mayor y la violencia en el ámbito intrafamiliar, pueden activar la diátesis latente en el niño, que deviene sintomático. (1)

#### **2.1.4.4 Factores Neuroquímicos**

Las fobias específicas han sido ignoradas por los investigadores biológicos, debido a que no existen tratamientos farmacológicos efectivos para este trastorno. Se conoce poco acerca de la biología de los trastornos fóbicos. Usando imagen por Resonancia Magnética (RM) en individuos con y sin aracnofobia durante la presentación de figuras como estímulos fóbicos, en los sujetos con fobia se ha encontrado, a diferencia de los controles, activación en la amígdala, la ínsula, la corteza orbitofrontal y el uncus lo cual según Dilger et al., confirma la función de la amígdala en el procesamiento del miedo. En estudios con tomografía por emisión de positrones (TEP) el flujo sanguíneo cerebral se incrementaría en la amígdala derecha, mas no en la izquierda, durante la provocación de ansiedad en los individuos con fobia social, fobia específica y trastorno de estrés postraumático; y se encontró una reducción del flujo sanguíneo con el tratamiento de la conducta cognitiva y con inhibidores de la Recaptación de serotonina (ISRS), mismos que pueden predecir el resultado a un año, de acuerdo con lo señalado por Fredrikson y Furmark. (3)

La fobia social tiende a responder mejor a los inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa (RIMA) e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y a tener pobre respuesta a los antidepresivos tricíclicos. Debido a que solo los primeros actúan sobre vías dopaminérgicas, se ha postulado que el sistema dopaminérgico está involucrado en la fobia social, lo que puede explicar cómo los estímulos Noradrenérgico (lactato de sodio, dióxido de carbono) tienen muy poco efecto sobre la fobia social, pese a tener efectos

panicogenicos en pacientes con trastorno de angustia. Se ha encontrado además que los valores de metabolitos dopaminergicos se correlacionan con las medidas de extroversión y que los ratones lactantes tímidos muestran cifras inferiores de dopamina. (3)

Existen características biológicas diferentes en las fobias sociales de desempeño (p.ej., hablar en público) y en las fobias sociales generalizadas (aquellos que temen la mayoría de situaciones sociales). Los individuos con fobia de desempeño muestran más reactividad autonómica (p.ej., palpitations, taquicardia) en las situaciones fóbicas que los pacientes con fobias sociales generalizadas. Los beta-bloqueadores como el atenolol pueden ser usados para disminuir la ansiedad de desempeño solo en individuos normales, y tienen poco efecto en pacientes con fobia social generalizada, lo cual ha permitido plantear que los mecanismos Noradrenérgico estarían implicados solo en la ansiedad de desempeño; esto no ha sido replicado en pacientes con fobia social que presentan ansiedad de desempeño. (3)

### 2.1.5 Clasificación de los Trastornos Fóbicos

Las fobias tradicionalmente se han clasificado de acuerdo con el miedo específico mediante prefijos latinos o griegos. (1)

**CUADRO 2: Fobias (\*)**

|               |                               |
|---------------|-------------------------------|
| Acrofobia     | Miedo a las alturas           |
| Agorafobia    | Miedo a los espacios abiertos |
| Ailurofobia   | Miedo a los gatos             |
| Cinofobia     | Miedo a los perros            |
| Claustrofobia | Miedo a los espacios cerrados |
| Hidrofobia    | Miedo al agua                 |

|           |   |
|-----------|---|
| Misofobia | Miedo a la suciedad y a los microorganismos |
| Pirofobia | Miedo al fuego                              |
| Xenofobia | Miedo a los extranjeros                     |
| Zoofobia  | Miedo a los animales                        |

(\*) Tomado de Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 10 ed. Wolters Kluwer (NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers; 2009. Cap.16 p.597-608

La DSM-5 clasifica los trastornos fóbicos dentro del acápite de Trastornos de Ansiedad en:

- Fobia Específica
- Trastorno de Ansiedad Social( Fobia Social)
- Agorafobia

#### **2.1.5.1 Fobia Específica**

Los criterios que establece la DSM-5 para este trastorno son:

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.

B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

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

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

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social). (7)

Especificar si:

Codificar basándose en el estímulo fóbico:

Animal (p. ej., arañas, insectos, perros)

Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua)

Sangre-inyección-herida (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos).

#### **2.1.5.2 Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)**

La DSM-5 indica criterios para este trastorno:

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

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

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

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

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

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

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

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

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

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

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

J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva. (7)

Especificar si:

Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público

### **2.1.5.3 Agorafobia**

La DSM-5 establece criterios para este trastorno:

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).

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

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

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

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

H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental—por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota: Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos. (7)

### **2.1.6 Manifestaciones Clínicas**

Las fobias se caracterizan por la aparición de ansiedad intensa cuando los pacientes se exponen a situaciones u objetos específicos o cuando los pacientes anticipan la exposición a dichas situaciones u objetos. El DSM-5 pone de relieve la posibilidad de que las crisis de angustia pueden aparecer, y frecuentemente lo hacen, en pacientes con fobia específica y social, aunque dichas crisis, excepto quizá las primeras, son de esperar. La exposición al estímulo fóbico o su anticipación produce casi invariablemente una crisis de angustia en un individuo susceptible. (1)

Los síntomas son similares a los encontrados en un ataque de pánico súbito en los que se encuentran palpitations, sudoración, taquicardia, temblor en manos y piernas, disnea,

sensación de ahogo, náuseas, mareo, escalofríos, oleadas de calor y frío, sensación de inestabilidad, entre otros. Cuando el estímulo fóbico son las inyecciones, la sangre o las heridas, por lo general no se da la clásica respuesta de pánico o hiperreactividad simpática, sino que se da una respuesta vaso-vagal que genera disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial que produce síncope. (2)

Junto con estas reacciones fisiológicas se desarrolla una clara aprehensión ansiosa que genera la evitación del objeto o situación temida y esta conducta de evitación refuerza a su vez el aumento de la aprehensión ansiosa lo que completa el círculo vicioso. (2)

Los individuos con fobias intentan evitar por definición el estímulo fóbico; algunos se toman grandes molestias para evitar las situaciones que provocan ansiedad. Por ejemplo un paciente con una fobia puede atravesar Estados Unidos en autocar, en lugar de viajar en avión, para evitar el contacto con el objeto de su fobia, el avión. Posiblemente como una manera de evitar el estrés del estímulo fóbico, muchos pacientes presentan trastornos relacionados con sustancias, particularmente trastorno por consumo de alcohol. Además se ha estimado que un tercio de los pacientes con fobia social presenta un trastorno depresivo mayor. (1)

La observación principal en la exploración del estado mental es la presencia de un miedo irracional y egodistónico a una situación, actividad u objeto específicos; los pacientes describen a veces el modo en que evitan el contacto con la fobia. La depresión se observa con frecuencia en la exploración del estado mental y puede estar presente hasta en un tercio de todos los pacientes con fobia. (1)

### **2.1.7 Diagnóstico Diferencial**

Las fobias específica y social se diferencian del miedo y la timidez normal, respectivamente. El DSM-5 facilita la diferenciación al exigir que los síntomas deterioren la capacidad funcional del paciente. Las enfermedades orgánicas no psiquiátricas que pueden producir la aparición de una fobia incluyen el consumo de sustancias (particularmente alucinógenos y simpaticomiméticos), tumores del SNC y enfermedades cerebrovasculares. En dichos casos, los síntomas fóbicos son improbables en ausencia de signos adicionales indicativos en las exploraciones física, neurológica y del estado mental. La esquizofrenia también debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las fobias específica y social porque los pacientes con esquizofrenia pueden manifestar síntomas fóbicos como parte de la psicosis. (1)

Sin embargo, a diferencia de los pacientes con esquizofrenia, los pacientes con fobia conservan la introspección de la irracionalidad de sus miedos y no presentan la cualidad de extravagancia ni los otros síntomas psicóticos que acompañan a la esquizofrenia. (1)

En el diagnóstico diferencial de las fobias específica y social los clínicos consideran el trastorno de angustia, la agorafobia y el trastorno de la personalidad por evitación. La diferenciación entre el trastorno de angustia, la agorafobia, la fobia social y la fobia específica puede ser difícil en casos concretos. En general sin embargo, los pacientes con fobia específica o fobia social no generalizada tienden a experimentar ansiedad inmediatamente después de confrontar el estímulo fóbico. Además, la ansiedad o la angustia se limitan a la situación identificada; los pacientes no están anormalmente ansiosos cuando no se enfrentan con el estímulo fóbico o no esperan enfrentarse a este. (1)

En una situación provocadora de ansiedad, la presencia de otro individuo suele reconfortar al paciente con agorafobia, mientras que en un paciente con fobia social la ansiedad se

acrecienta con la presencia de otros individuos. Mientras la sensación disneica, el vértigo, la sensación de ahogamiento y el miedo a morir son frecuentes en el trastorno de angustia y agorafobia, los síntomas asociados a la fobia social implican habitualmente rubefacción, mioclonias y ansiedad ante el examen. La diferenciación entre la fobia social y el trastorno de la personalidad por evitación puede ser difícil y exigir entrevistas y anamnesis psiquiátricas exhaustivas. (1)

#### **2.1.7.1 Fobia Específica**

Otros diagnósticos que cabe considerar en el diagnóstico diferencial de la fobia específica son la hipocondría, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno paranoide de la personalidad. La hipocondría es el temor a sufrir una enfermedad, mientras que la fobia específica de tipo enfermedad constituye el miedo a contraerla. Algunos pacientes con TOC manifiestan conductas indistinguibles de la de un paciente con fobia específica. Por ejemplo, los pacientes con TOC evitan los cuchillos porque tienen pensamientos compulsivos sobre matar a sus hijos, mientras que los pacientes con fobia específica a los cuchillos pueden evitarlos por miedo a cortarse. Los pacientes con trastorno paranoide de la personalidad presentan un miedo generalizado que les distingue de los pacientes con un fobia específica. (1)

#### **2.1.7.2 Fobia Social**

Dos consideraciones adicionales para el diagnóstico diferencial de la fobia social son el trastorno depresivo mayor y el trastorno esquizoide de la personalidad. Con frecuencia, la

evitación de situaciones sociales puede ser un síntoma de depresión, aunque la entrevista psiquiátrica con el paciente probablemente descubrirá una amplia constelación de síntomas depresivos. En pacientes con un trastorno esquizoide de la personalidad, la ausencia de interés por la socialización, y no el miedo a la socialización, conduce a la conducta de evitación social. (1)

## **2.1.8 Tratamiento**

### **2.1.8.1 Terapia conductual**

El tratamiento más estudiado y efectivo para las fobias es probablemente la terapia conductual. Los aspectos clave para el éxito terapéutico son:

1. El compromiso del paciente con el tratamiento.
2. La identificación clara de los problemas y objetivos.
3. Las estrategias alternativas disponibles para afrontar los síntomas.

Se han empleado diversas técnicas de terapia conductual: la más frecuente es la de desensibilización sistemática, método del que fue pionero Joseph Wolpe. En este método, se expone al paciente de manera serial a una relación predeterminada de estímulos que provocan ansiedad, jerarquizados del menos al más aterrador. (1)

Con los ansiolíticos, la hipnosis y el entrenamiento de la relajación muscular, se enseña a los pacientes como autoinducirse el reposo mental y físico. Una vez que dominan las técnicas, se les enseña a inducirse la relajación frente a cada estímulo provocador de ansiedad. A medida que se desensibilizan a cada uno de los estímulos de la escala, los pacientes pasan al siguiente hasta que, finalmente, lo que antes producía la mayor ansiedad ya no suscita el efecto doloroso. (1)

Otras técnicas empleadas más recientemente implican la exposición intensiva al estímulo fóbico mediante imágenes o desensibilización in vivo. En el imaginal flooding (inundación de imágenes) se expone a los pacientes al estímulo fóbico durante tanto tiempo como pueda tolerar el miedo, hasta que alcanzan un punto en que ya no sienten temor. El flooding (también conocido como implosión) in vivo requiere que el paciente experimente una ansiedad con la exposición similar a la que suscita el estímulo fóbico auténtico. (1)

#### **2.1.8.2 Psicoterapia orientada a la Introspección**

En las primeras etapas del desarrollo del psicoanálisis y las psicoterapias de orientación psicodinámica, los teóricos creían que estos métodos eran el tratamiento de elección para la neurosis fóbica que, por aquel entonces se creía que procedían de conflictos edipico-genitales. Sin embargo, los terapeutas reconocieron pronto que, a pesar del progreso en el descubrimiento y el análisis de los conflictos inconscientes, ocurría a menudo que los pacientes no superaban sus síntomas fóbicos. Además al seguir evitando las situaciones fóbicas, los pacientes excluían del proceso analítico un grado significativo de ansiedad y sus asociaciones. (1)

Tanto Freud como su pupilo Sandor Ferenczi reconocieron que, si se pretendía progresar en el análisis de estos síntomas, los terapeutas debían trascender su función analítica y apremiar activamente a los pacientes con fobia a buscar la situación fóbica y experimentar la ansiedad y la introspección resultante. Desde entonces los psiquiatras generalmente coinciden en que se requiere cierta actividad por parte del terapeuta para tratar con éxito la ansiedad fóbica. La decisión de aplicar las técnicas de la terapia psicodinámica orientada hacia la introspección se basara no solo en la presencia exclusiva de síntomas fóbicos, sino en las indicaciones positivas de la estructura del yo y los patrones vitales del paciente para

el uso de este método terapéutico. La terapia orientada a la introspección permite a los pacientes comprender el origen de la fobia, el fenómeno del beneficio secundario y la función de la resistencia, además de posibilitar que ellos mismos busquen estrategias sanas para afrontar los estímulos que provocan ansiedad. (1)

### **2.1.8.3 Otras modalidades terapéuticas**

La hipnosis, la terapia de apoyo y la terapia familiar pueden ser útiles en el tratamiento de los trastornos fóbicos. La hipnosis se emplea para potenciar la sugerencia por parte del terapeuta de que el objeto fóbico no es peligroso, y puede enseñarse la autohipnosis al paciente como método de relajación para enfrentarse activamente al objeto fóbico durante el tratamiento. La terapia familiar no solo puede contribuir con la ayuda de la familia a tratar al paciente, sino también ser útil a esta para comprender la naturaleza del problema del paciente. (1)

### **2.1.8.4 Terapias Específicas**

#### **2.1.8.4.1 Fobia específica**

Un tratamiento común de la fobia específica es la terapia de exposición. En este método, los terapeutas desensibilizan a los pacientes mediante una serie de exposiciones graduales y auto controladas a los estímulos fóbicos, y les enseñan diversas técnicas para tratar la ansiedad, incluida la relajación, el control de la respiración y los abordajes cognitivos. Los enfoques terapéuticos cognitivo-conductuales consisten en el refuerzo de la concienciación de que la situación fóbica es, de hecho, segura. Los aspectos clave de la buena terapia conductual abarcan el compromiso terapéutico del paciente, la identificación clara de los problemas y objetivos y las estrategias alternativas para el afrontamiento de los

sentimientos del paciente. En la situación especial de la fobia tipo sangre-inyecciones-herida, algunos terapeutas recomiendan que los pacientes permanezcan sentados con el cuerpo en tensión durante la exposición para evitar la posibilidad de desmayarse por una reacción vasovagal a la estimulación fóbica. Los antagonistas de los receptores beta adrenérgicos pueden ser útiles en el tratamiento de la fobia específica, especialmente cuando esta se asocia a crisis de angustia. El tratamiento farmacológico (p.ej., las benzodiacepinas), la psicoterapia o el tratamiento combinado dirigido a las crisis también pueden ser beneficiosos. (1)

Ha quedado demostrado que los tratamientos farmacológicos para la fobia específica son menos eficaces que los tratamientos conductuales. Los beta bloqueadores reducen algunos síntomas de activación simpática durante la exposición a los estímulos temidos; no obstante no consiguen disminuir el miedo subjetivo. Aunque las benzodiacepinas pueden facilitar el acercamiento al objeto temido, pueden también reducir la eficacia de las terapias conductuales mediante la inhibición de la experiencia de ansiedad durante la exposición. Debido a la escasa eficacia de los tratamientos farmacológicos en relación a la terapia conductual, se ha prestado poca atención al estudio de los tratamientos farmacológicos en la fobia específica. (8)

#### **2.1.8.4.2 Fobia Social**

Tanto la psicoterapia como el tratamiento farmacológico son útiles para las fobias sociales; diversos tratamientos están indicados para el tipo generalizado y para las situaciones de actuación. Algunos estudios indican que el uso de ambas modalidades produce mejores

resultados que cada una de ellas por separado, aunque dicha información puede no ser aplicable a todas las situaciones y pacientes. (1)

Los fármacos efectivos para el tratamiento de la fobia social son:

1. Los inhibidores selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)
2. Las benzodiacepinas
3. La venlafaxina
4. La buspirona

La mayoría de los clínicos consideran que los ISRS son el tratamiento de elección para pacientes con fobia social generalizada. Las benzodiacepinas, alprazolam, clonazepam también son eficaces en la fobia generalizada y en la fobia específica social. Se han demostrado los efectos aditivos de la buspirona cuando se emplea para potenciar el tratamiento con ISRS. (1)

En casos graves se ha descrito el éxito en el tratamiento de la fobia social con IMAO irreversibles como la fenelzina e IMAO reversibles como moclobemida y la brofaromina. Las dosis terapéuticas de fenelzina oscilan entre los 45mg y los 90mg al día, con tasas de respuesta que van del 50% al 70%; se requiere aproximadamente de 5 a 6 semanas para evaluar la eficacia. (1)

Para el tratamiento de la fobia social asociada a situaciones de actuación frecuentemente se emplean antagonistas de los receptores beta adrenérgicos poco antes a la exposición al estímulo fóbico. Los dos fármacos usados con mayor frecuencia son el atenolol de 50mg a 100mg por la mañana o una hora antes de la situación; y el propranolol de 20mg a 40mg. Otra opción para atenuar la ansiedad de actuación es una benzodiacepina de acción relativamente corta o intermedia, como el lorazepam o el alprazolam. Las técnicas

cognitivas, conductuales y de exposición son también útiles en las situaciones de actuación.

(1)

La psicoterapia para el tipo generalizado de fobia social habitualmente implica la combinación de métodos conductuales y cognitivos, incluido el reentrenamiento cognitivo, la desensibilización, el ensayo durante las sesiones y otros ejercicios para practicar en el domicilio.(1)

La termocapsulotomía bilateral ha sido planteada para los casos de ansiedad refractarios al tratamiento, con una disminución significativa de la ansiedad al año de seguimiento y a largo plazo; sin embargo efectos adversos como apatía y disfunción ejecutiva (que puede incluir déficit en el razonamiento, planteamiento, formación de conceptos, flexibilidad mental, aspectos de la atención, el estado de alerta y la conducta con propósito). (3)

### **2.1.9 Evolución y Pronóstico**

La fobia exhibe una bimodalidad en la edad de inicio, con un máximo en la infancia para la fobia de tipo animal, la fobia ambiental y la fobia sangre-inyecciones-heridas y un máximo en los adultos jóvenes para otras fobias, como la situacional.(1)

Como sucede con otros trastornos de ansiedad, los datos epidemiológicos prospectivos sobre la evolución natural de la fobia específica son limitados. Dado que los pacientes con fobias aisladas raramente buscan tratamiento, la investigación sobre la evolución del trastorno en la clínica es limitada. La información disponible indica que la mayoría de las fobias específicas se inician en la infancia y continúan durante la edad adulta persistiendo durante años. Se cree que la gravedad del trastorno se mantiene relativamente constante, sin la evolución creciente y menguante que se observa en otros trastornos de ansiedad. (1)

### 3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### *A nivel local*

##### **3.1. Autor:** Gaona Zegarra, Ana Sofía

**Título:** Incidencia de Fobia Social y Factores asociados en los alumnos del 5to año de secundaria del Colegio Peruano del Milenio, Arequipa 2007.

**Resumen:** En el presente estudio se dirigió a determinar la incidencia de Fobia Social y su relación con las relaciones sentimentales, y hábitos nocivos (alcohol, drogas) en un posible grupo de riesgo. Para la realización del estudio se tomó como muestra a los 60 alumnos de 5to de secundaria del Colegio Peruano del Milenio de la ciudad de Arequipa, 36 mujeres y 24 varones entre 14 y 18 años, se midió la incidencia de Fobia Social utilizando la escala de Ansiedad Social de Liebowitz y una ficha de recolección de datos para evaluar factores asociados, su frecuencia y posible motivo. Se encontró una frecuencia de fobia social leve de 66,67%(40 alumnos), de fobia social moderada de 31,67%( 19 alumnos) y solo de 1,67%(1 alumno) de fobia social grave. En cuanto a la edad se presentó una severidad similar entre las diferentes edades siendo predominante de 16 a 17 años. El sexo predominante fue el femenino (60%), la procedencia de los estudiantes fue sobre todo Camana (63,33%), seguidos de Arequipa en 31,67%; el rendimiento académico en general fue regular en 58,33% de casos, y malo en solo 5%, en cuanto a las relaciones sentimentales de los estudiantes, el 26,67% reporto no haber tenido parejas, y el 31,67% al menos una o dos. Un 51,67% de estudiantes reporto consumir alcohol, y dos estudiantes drogas, la frecuencia de consumo de alcohol fue baja, de una al mes en 46,67% de alumnos, motivada sobre todo por las numerosas reuniones sociales. No se encontró relación entre el grado de

fobia social con el de la edad, ni con el lugar de procedencia, ni con el rendimiento escolar ni con el número de parejas sentimentales. Se concluye que la incidencia de Fobia social moderada-grave fue de 33,33%, no se encontró relación entre los alumnos que poseen fobia social con el grado de rendimiento escolar, ni con el grado de consumo de alcohol, ni las relaciones sentimentales, ni con la edad o el sexo de los estudiantes encuestados.(9)

### **3.2 Autor:** Núñez Del Prado Cuadros, Eleana Carmen

**Título:** Relación entre Apgar familiar y frecuencia de síntomas de fobia social en estudiantes del tercer al quinto año de secundaria de las I.E. La Salle y Mayta Capac Arequipa - 2011

**Resumen:** La fobia social es la respuesta inmediata de ansiedad producida por una preocupación excesiva al escrutinio por parte de otras personas en situaciones en la que el individuo cree que hará algo que puede ser embarazoso o humillante. Esta respuesta es consecuencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos y ambientales.

**Objetivo:** Determinar la relación entre APGAR familiar y Frecuencia de síntomas de Fobia social en estudiantes del tercer al quinto año de secundaria de las I.E. la Salle y Mayta Capac. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, comparativo-relacional; realizado en 406 estudiantes de entre 12 y 17 años, de los colegios La Salle y Mayta Capac, mediante una encuesta, donde se analizaron las variables APGAR familiar y síntomas de fobia social, evaluando la frecuencia y relación de ambas. **Resultados:** Se encontró que el 71,4% de los estudiantes presentaban síntomas de fobia social. Según APGAR familiar, el 20,7% tienen buena función familiar, el 32,8% disfunción leve y el 24,4% presentaron una disfunción severa. La relación entre APGAR familiar y síntomas

de fobia social no es estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ). El 67,2% de los estudiantes que tienen síntomas de fobia social son del colegio La Salle y el 78,4% del colegio Mayta Capac. De los estudiantes que tienen disfunción severa el 20,6% pertenecen al colegio La Salle y el 30,7% son del colegio Mayta Capac. Conclusiones: No existe relación entre APGAR familiar y la frecuencia de síntomas de Fobia Social en los estudiantes del tercer al quinto año de secundaria de las I.E. La Salle y Mayta Capac. La disfunción familiar leve es más frecuente en estudiantes con síntomas de fobia social. Es más frecuente la presencia de síntomas de fobia social en alumnos del Colegio Mayta Capac. (10)

#### *A nivel nacional*

**3.3. Autor:** Galli Silva Enrique, Feijóo Llontop Luis, Roig Rojas Ingrid y Romero Elmore Susana.

**Título:** Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico.

**Resumen:** La MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos de la CIE-10 y DSM-IV para ser empleado por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento. Fue elaborada por Y. Lecrubier y col. De la “Salpêtrière” de París y D. Scheehan y col. de la universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998.

**Objetivo:** El objetivo del presente trabajo (teniendo como base la CIE - 10) fue determinar la prevalencia de punto fijo de los trastornos mentales más frecuentes en alumnos de medicina de cuarto, quinto y sexto año. **Material y métodos:** Se aplicó el MINI a 250

estudiantes de medicina de 4º, 5º y 6º años. Resultados: Se encontró una prevalencia alta de trastornos mentales (45.60%) sobresaliendo la depresión (31.60%) y la ansiedad (22.40%) siendo estos valores mayores que en la población general. Conclusión: Las altas cifras encontradas sugieren un problema grave de salud mental en nuestra juventud por lo que se recomienda que en otros niveles universitarios, institutos y ambiente laboral de la población entre los 20 y 30 años sea estudiada para confirmar este informe preliminar. (Rev Med Hered 2001; 13: 19-25). (11)

#### *A nivel internacional*

3.3. **Autor:** Marcelo Archibaldo B., Fabiola González B., Álvaro Castillo Navarro, Ferrán Padrós B.

**Título:** Escala de miedo a la evaluación negativa versión Breve (BFNE): propiedades psicométricas en Muestras Clínicas y de Universitarios en México

**Resumen:** El objetivo del presente trabajo es analizar en muestras clínicas y de universitarios mexicanos, las propiedades psicométricas de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve (BFNE), así como estudiar su utilidad diagnóstica al establecer un punto de corte que discrimine entre fobia social y trastorno de ansiedad generalizada. Los participantes fueron estudiantes universitarios, sujetos con fobia social y personas con trastorno de ansiedad generalizada. Se llevaron a cabo las siguientes actividades: 1) Proporcionar la media y desviación estándar del BFNE, para cada una de las muestras. 2) Confirmar la estructura interna de la escala. 3) Evaluar la consistencia interna. 4) Analizar la confiabilidad test-retest. 5) Estudiar la validez convergente y divergente. 6) Realizar un análisis de curvas ROC, en donde se

establezca un punto de corte que sea capaz de discriminar entre sujetos con fobia social de aquellos que padecen trastorno de ansiedad generalizada. Se concluye que la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve (BFNE) es una medida válida y confiable, capaz de detectar con gran eficacia la presencia de fobia social en las muestras estudiadas.

*Palabras clave:* fobia social, trastorno de ansiedad social, miedo a la evaluación negativa, psicometría, BFNE. (12)

3.4. **Autor:** Rosa Behar, Mónica Barahona I., Bernardita Iglesias M y Dunny Casanova Z.

**Título:** Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria

**Resumen:** Antecedentes: Existe considerable evidencia sobre la comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria, depresión y fobia social. Objetivo: Comparar la presencia de ansiedad social y depresión y sus prevalencias, en mujeres con y sin patologías alimentarias. Sujetos y Métodos: Se administró una entrevista clínica estructurada, el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI), la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) y la Escala de Hamilton para Depresión (HDRS) a 54 pacientes que satisficieron los criterios diagnósticos según el DSM-IV para trastornos de la conducta alimentaria y a 54 estudiantes sin problemas alimentarios. Resultados: Los puntajes de todos los indicadores, incluidas las escalas de comorbilidad, fueron más altos en las pacientes ( $p < 0,001$ ). La prevalencia de ansiedad social fue significativamente mayor en las pacientes alimentarias (40,7% versus 3,7%) ( $p < 0,001$ ), particularmente en las anorécticas (66,6%) ( $p < 0,001$ ) y el 14,8% de las pacientes con patologías alimentarias

obtuvo puntajes en los rangos severo o muy severo ( $p < 0,001$ ). El riesgo de presentar ansiedad social moderada a muy severa en las pacientes alimentarias fue 5,5 veces mayor. La prevalencia de síntomas depresivos fue significativamente mayor en las pacientes alimentarias (18,5% versus 0%) ( $p < 0,001$ ), especialmente en las anorécticas (66,6%) ( $p < 0,001$ ) y 18,5% de las pacientes con trastornos alimentarios obtuvo puntajes en el rango severo ( $p < 0,001$ ). El riesgo de presentar depresión moderada a muy severa en las pacientes alimentarias fue 23,7 veces mayor. Conclusiones: Se confirma la presencia y la prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad social en los desórdenes alimentarios según la evidencia, principalmente en las pacientes portadoras de anorexia nerviosa. (13)

3.5. **Autor:** José A. Posada-Villa, MD, Jenny P. Buitrago-Bonilla, TS, Yanithza Medina-Barreto, TS, Marcela Rodríguez-Ospina. MD

**Título:** 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, 2006.

**Resumen:** Los resultados presentados en este artículo hacen parte de la encuesta mundial de salud mental de la Organización Mundial de la Salud, en la que se explora entre otros aspectos, la distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de inicio y uso de servicios asociados a los trastornos de ansiedad en Colombia.

El diseño muestral fue de tipo probabilístico, multietápico, estratificado, en población urbana no institucionalizada de 60 municipios representativos del país, en personas

entre 18-65 años de edad. En Colombia los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales. El 19.3% de la población entre 18-65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. Estos son más frecuentes entre las mujeres (21.8%). Dentro de los trastornos de ansiedad, la fobia específica es la de mayor prevalencia de vida con 13.9% en mujeres y 10.9% en hombres, seguido por la fobia social que es similar en ambos géneros con un 5% de prevalencia de vida. Por otra parte, la edad de inicio de estos trastornos fluctúa entre los 7 años en el trastorno de fobia específica y los 28 años para el trastorno de estrés Post traumático. Comparando las cinco regiones en las que se dividió el territorio nacional para la aplicación de la encuesta, se encontró que la Región Pacífica y Bogotá D.C son las que presentan la prevalencia más elevada de trastorno de ansiedad alguna vez en la vida con 22.0% y 21.7% respectivamente. La Región Atlántica presenta la menor prevalencia (14.9%). Respecto a las medidas sobre funcionamiento/discapacidad, el trastorno de estrés postraumático es el que genera una mayor discapacidad y siguen en su orden el trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada, la Fobia social y la Agorafobia sin pánico. Con relación a los trastornos de ansiedad solo el 1.9% de la población que los sufre acude al psiquiatra Para tratamiento y en contraste, el 5.6% de estos acuden al médico general. Es significativo que el 3.9% prefieren acudir a tratamientos de medicina alternativa. (14)

**3.6 Autor:** Guillermo Hernández G, Gricel Orellana V, Mónica Kimelman J, Carlos Núñez, Carolina Ibáñez H.

**Título:** Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna

**Resumen:** Antecedentes: Los síntomas de ansiedad y los trastornos de ansiedad son

Común entre los pacientes médicos, sin embargo pocos estudios se diferencian tanto y consideran que la comorbilidad psiquiátrica de los trastornos de ansiedad entre estos pacientes. Objetivo: Evaluar la presencia de trastornos de ansiedad entre los pacientes ingresados en una sala médica. Los pacientes y métodos: selección aleatoria de 406 pacientes (edad media 56 años, 203 mujeres), hospitalizados en un Pabellón médico de un hospital público, principalmente para cardiovascular, genitourinario y digestivo enfermedades. Todos fueron evaluados mediante una entrevista estructurada para el DSM-III-R. Resultados: Veintiséis por ciento de las mujeres y el 13% de los hombres tenían trastornos de ansiedad. El quince por ciento de las mujeres y el 6% de los hombres tenían las fobias específicas, 7% de las mujeres y el 4% de los hombres habían de ansiedad generalizada, el 5% de las mujeres y 0,5% de los hombres tenía agorafobia, 3% de las mujeres y el 0,5% de los hombres tenían fobia social, 1% de hombres y 0,5% de las mujeres tenían trastornos de pánico y el 0,5% de las mujeres tenían un estrés post traumático.

Las fobias específicas y fobias sociales comenzaron durante la infancia. La ansiedad y la agorafobia comenzaron durante la edad adulta. Entre los pacientes con trastornos de ansiedad, 43% de mujeres y 34% de los hombres lo hicieron no tiene otra dolencia psiquiátrica, el 34% de mujeres y el 19% de los hombres habían un asociado la depresión y el 34% de los hombres tenían trastornos debidos al uso de alcohol. Conclusiones: Un alta proporción de pacientes hospitalizados en salas médicas tienen trastornos de ansiedad, que una vez identificado que puede ayudar a tratar las dolencias médicas. (15)

**3.7 Autor:** Jorge J. Caraveo-Anduaga, Eduardo Colmenares

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

**Resumen:** El presente trabajo reporta la estimación en la ciudad de México de la prevalencia de los trastornos fóbicos de la población adulta, durante el transcurso de su vida y en los últimos 12 meses; así como las características sociodemográficas, la Proporción de sujetos que busca ayuda, y los impedimentos de la población afectada. El estudio se llevó a cabo por medio de una encuesta de hogares en una muestra representativa de la población adulta de 18 a 65 años. El instrumento básico fue una versión complementada del CIDI 1.1, y la prevalencia de los trastornos.

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

los trastornos por ansiedad fóbica influyen de manera determinante en el desarrollo de la psicopatología, por lo cual se les debe tomar en cuenta para detectarlos y tratarlos oportunamente en virtud de sus graves consecuencias en la calidad de vida de las personas afectadas. La fobia social y las fobias específicas son de especial interés porque, en promedio, empiezan a más temprana edad. (16)



#### 4. **Objetivos.**

##### 4.3. **General**

Determinar la Frecuencia y las Características-Sociodemográficas del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015.

##### 4.4. **Específicos**

- 1) Identificar la Frecuencia del Trastorno de Fobia Social en Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015.
- 2) Describir las Características Sociodemográficas de los Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015.
- 3) Establecer las Características Sociodemográficas de los Internos de Medicina Humana con Trastorno de Fobia Social de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015.

#### 5. **Hipótesis**

Dado que la literatura describe una frecuencia determinada de Fobia social; y ciertas características sociodemográficas de este grupo de trastornos; es probable que estas sean similares en los Internos de Medicina Humana de dos Hospitales Públicos de Arequipa, 2015.

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicará la técnica del cuestionario.

**Instrumentos:** El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos Sociodemográficos (Anexo 1) y la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve (BFNE) (Anexo 2).

**Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

#### 2. Campo de verificación

**2.5. Ubicación espacial:** La Investigación se realizara en dos Hospitales Públicos de la ciudad de Arequipa: El Hospital III Goyeneche y el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza ambos ubicados en el Cercado de Arequipa, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

**2.6. Ubicación temporal:** La Investigación se realizara en el periodo comprendido entre el mes de Noviembre del 2015 a Marzo del 2016.

**2.7. Unidades de estudio:** Se estudiara a los Internos de Medicina Humana que realizan su Internado Medico 2015 en el Hospital III Goyeneche y el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

**2.8. Población:** Todos los Internos de Medicina Humana que realizan su Internado Medico 2015 en el Hospital III Goyeneche y el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo de estudio.

**Muestra:**

Por conveniencia

**Criterios de selección:**

- **Criterios de Inclusión**
  - Participación voluntaria en el estudio
  - Ser Interno de Medicina en el Hospital III Goyeneche o el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el año 2015.
- **Criterios de Exclusión**
  - Fichas de encuesta incompletos o mal llenados

**3. Estrategia de Recolección de datos**

**3.2. Organización**

Se solicitará autorización a la Dirección del Hospital III Goyeneche y del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

**3.3. Recursos**

- a) Humanos
  - Investigador, asesor.
- b) Materiales
  - Fichas de investigación
  - Material de escritorio

- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

### 3.4. Validación de los instrumentos

#### 3.3.1 Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve (BFNE)

La Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión Breve fue creada por Leary en 1983 a partir de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE), creada por Watson y Friend en 1969. (17)

Leary en 1983 construyó un instrumento que pudiera subsanar las deficiencias que hemos apuntado y para ello seleccionó 12 ítems de la escala original que correlacionaron al menos 0,50 con la escala total. Esta escala se llamó Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve (Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale; BFNE), en esta versión reducida el formato de respuesta utilizado fue tipo Likert con 5 alternativas de respuesta, en la que 1 es «nada característico en mí» y 5 es «extremadamente característico en mí», a diferencia de la escala original que tenía un formato de respuesta verdadero-falso. Rodebaugh et al. (2004) y Weeks et al. (2005) pasaron la escala a estudiantes universitarios y a muestra clínica diagnosticada de fobia social y vieron como la estructura de este cuestionario era bifactorial, por una parte, se encontraban los ítems directos (BFNE-S) y, por otra, los ítems inversos (BFNE-R), resultados similares obtuvo Villa (1999) en población clínica y no clínica española. Rodebaugh et al. (2004) vieron cómo la correlación

entre ambos factores era baja ( $r = 0,27$ ), así que dedujeron que cada factor podía estar midiendo constructos diferentes. (17)

Collins, Westra, Dozois y Stewart (2005) convirtieron los ítems inversos del BFNE en directos atendiendo a las críticas que señalaban que los ítems inversos eran confusos y disminuían la validez de la escala (Marsh, 1996; Rodebaugh et al., 2004). La escala resultante se administró a población no clínica y a población clínica, fóbicos sociales y personas con trastorno de pánico, y se obtuvo una estructura factorial unidimensional. (16)

### **3.3.2 Interpretación y Punto de corte de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve (BFNE)**

Al ser una escala que utiliza 12 ítems con calificación tipo Likert que van de 1 a 5 el puntaje máximo es de 60 y el mínimo de 12, si bien se considera un puntaje de a partir de 24 a 44 para la Fobia Social generalizada, de 45 a 53 para la Fobia Social no generalizada y el de mayor de 53 para la fobia social específica. Puntuaciones menores de 24 indican la ausencia de Trastorno de fobia social. Los grupos anteriormente citados en función a la clasificación de puntaje según el diagnóstico de Heimberg et al. Realizado en 1993. (17)

En el estudio realizado por María J. Gallego, titulado Propiedades psicométricas de la escala de miedo a la evaluación negativa versión breve (BFNE) en el año 2007, se realizó un análisis de varianza tomando como variable dependiente la puntuación del BFNE y como factor entre-grupos el diagnóstico según la clasificación de Heimberg et al. (1993), i.e., fobia social generalizada, fobia social no generalizada, y fobia social específica. Se obtuvieron diferencias significativas entre el grupo con fobia social específica, el grupo con fobia social no generalizada y el grupo de fobia social generalizada ( $F(2, 118) = 6,73, p <$

0,005) en la puntuación del BFNE. El análisis post-hoc (HSD Tukey) reveló que el grupo diagnosticado de fobia social específica era significativamente distinto al grupo de fobia social generalizada (límite inferior =  $-12,98$ , límite superior =  $-2,67$ ;  $p < 0,005$ ), sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo con fobia social específica y el de fobia social no generalizada, así como entre el grupo con fobia social no generalizada y el de fobia social generalizada. (17).

En el estudio realizado por Marcelo Archibaldo, titulado Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve (BFNE): Propiedades psicométricas en muestras Clínicas y de Universitarios en México en el año 2014, Si el BFNE se utiliza como instrumento diagnóstico que permita diferenciar entre trastorno de ansiedad social y otro tipo de trastornos, es necesario elegir un punto de corte que ofrezca los máximos valores de sensibilidad y especificidad. Una forma de analizar ambos indicadores es a través de las curvas ROC. Una curva ROC permite visualizar el rendimiento de las clasificaciones de forma que se representan distintos valores de fracción de falsos positivos (complementario de la especificidad), en el eje de las abscisas, frente a la fracción de verdaderos positivos (sensibilidad) en el eje de ordenadas. (12)

La curva ROC del BFNE se ubica entre ambos clasificadores extremos, aunque se encuentra más próxima a la situación de clasificación ideal. Asimismo, el área bajo la curva ROC del BFNE indica un rendimiento del clasificador excelente, ya que el área bajo la curva es mayor a 0.97 ( $AUC_{BFNE} = 0.985$ ), se considera excelente a partir de dicho valor. Esto significa que el 98.5% de las veces un paciente seleccionado aleatoriamente del grupo con fobia social, tiene una puntuación en el BFNE superior que la que tendría un paciente elegido al azar del grupo sin dicho trastorno. Además, el intervalo de confianza asintótico al

95% para el área no contiene el valor 0.05 (0.96, 1.0) lo que indica que el BFNE tiene capacidad para distinguir entre pacientes con fobia social, de los que no lo tienen de manera no aleatoria. (12)

### 3.3.3 Análisis descriptivo de los ítems de la BFNE

Por lo que se refiere al análisis descriptivo de los ítems se puso de manifiesto que a las personas diagnosticadas de fobia social les preocupa mucho que la gente se esté formando una opinión desfavorable de ellos (ítem 2), además si saben que les están juzgando, eso tiene efecto sobre ellos (ítem 10). Por otra parte, los ítems que puntúan más bajo son el 6 y el 8, por lo tanto, vemos como es moderadamente característico en las personas con fobia social que les dé miedo que la gente descubra sus defectos, así como que se preocupen cuando están hablando con alguien de lo que puedan estar pensando de ellos.(17)

### 3.3.4 Consistencia Interna y Fiabilidad

El BFNE demostró una buena consistencia interna ( $\alpha = 0,90 - 0,91$ ) y una fiabilidad test-retest a 4 semanas alta ( $r = 0,75$ ) en muestras de universitarios (Leary, 1983b; Miller, 1995). Weeks et al. (2005) obtuvieron para población no clínica una consistencia interna moderada para el BFNE y el BFNE-R ( $\alpha = 0,67$ ), y alta para el BFNE-S ( $\alpha = 0,90$ ). En cambio, en una muestra de fóbicos sociales la consistencia interna fue alta para la escala total ( $\alpha = 0,89$ ) y ambas sub-escalas (BFNE-S  $\alpha = 0,92$  y BFNER  $\alpha = 0,85$ ). En nuestro país Villa (1999) administró esta escala a población no clínica ( $\alpha = 0,65$ ) y a población clínica ( $\alpha = 0,68$ ), obteniendo en ambos casos una consistencia interna alta. Por lo que respecta a la

escala transformada en ítems directos Collins et al. (2005) la administraron a una muestra clínica formada por fóbicos sociales y personas con trastorno de pánico, la fiabilidad inter-ítem fue alta ( $\alpha = 0,97$ ) y la fiabilidad test-retest también ( $r = 0,94$ ). (17)

En el estudio realizado por María J. Gallego, titulado Propiedades psicométricas de la escala de miedo a la evaluación negativa versión breve (BFNE) en el año 2007 para analizar la consistencia interna, se evaluaron las respuestas de la muestra del mencionado estudio a través del cálculo del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach tanto para la escala total, como para cada una de las sub-escalas. El coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para la escala total fue 0,90, para la sub-escala BFNE-S 0,91 y para la sub-escala BFNE-R en 0,76. El rango de correlaciones de cada uno de los ítems con la puntuación total del BFNE corregida (es decir, la puntuación total sin tener en cuenta el ítem en cuestión) osciló entre 0,72 y 0,38, siendo los ítems que menor correlación presentaron el 2 y el 7, y el que mayor correlación presentó el 12. Por lo que respecta a la sub-escala BFNE-S la fiabilidad fue alta  $\alpha = 0,91$ . El rango de correlaciones de cada uno de los ítems con la puntuación del BFNE-S corregida osciló entre 0,76 (ítem 9) y 0,69 (ítem 1). En cuanto a la fiabilidad para la sub-escala BFNE-R el  $\alpha$  de Cronbach fue 0,75, por lo que se refiere al rango de correlaciones de cada uno de los ítems con la puntuación del BFNE-R corregida osciló entre 0,65 (ítem 4) y 0,48 (ítem 10). (17)

En el estudio realizado por Marcelo Archibaldo, titulado Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve (BFNE): Propiedades psicométricas en muestras Clínicas y de Universitarios en México en el año 2014, se realizó un análisis de curvas ROC para evaluar la capacidad de discriminación de la puntuación del BFNE como criterio de decisión para establecer un diagnóstico de fobia social. Si se toma como juicio de validez el diagnóstico

Del psiquiatra realizado a partir de los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000), se obtienen para las distintas puntuaciones del BFNE diversos indicadores de validez relacionados con su capacidad para diagnosticar la presencia/ausencia de fobia social. Entre estos indicadores, los más utilizados son: sensibilidad (capacidad del BFNE para detectar correctamente pacientes con fobia social, es decir porcentaje de pacientes que tienen una puntuación por arriba de un punto de corte), especificidad (capacidad del BFNE para identificar correctamente pacientes que no presentan fobia social), valor predictivo positivo (probabilidad de que un paciente identificado por el BFNE con fobia social lo presente realmente), y valor predicho negativo (probabilidad de que un paciente identificado por el BFNE sin fobia social en realidad no la presente).(12)

### 3.3.4 Validez Convergente

Con respecto a su validez convergente, los estudios llevados a cabo en muestras de universitarios indicaron una correlación alta entre el BFNE y el FNE ( $r = 0,96$ ) (Leary, 1983a; Miller, 1995) y moderada con otras medidas de fobia social (Leary, 1983a); Social Avoidance and Distress (SAD) - Anxiety subscale ( $r = 0,35$ ), SAD - Avoidance subscale ( $r = 0,19$ ) (Watson y Friend, 1969), y Interaction Anxiousness Scale ( $r = 0,32$ ) (IAS; Leary, 1983c). Los estudios llevados a cabo en población clínica(Weeks et al., 2005) también muestran una correlación moderada entre el BFNE y otras medidas de fobia social: Liebowitch SocialAnxiety Scale ( $r = 0,56$ ) (LSAS; Liebowitz, 1987), Social Interaction Anxiety Scale ( $r = 0,38$ ) (SIAS; Mattick y Clarke, 1998), Social Phobia Scale ( $r = 0,35$ ) (SPS; Mattick y Clarke, 1998) y Fear Questionnaire - Social Phobia subscale ( $r = 0,35$ ) (FQ - S; Marks y Matthews, 1979). Con respecto a la correlación de las subescalas del

BFNE con medidas de fobia social Weeks et al. (2005) obtuvieron correlaciones moderadas entre el BFNE-S y las siguientes medidas: LSAS ( $r = 0,59$ ), SIAS ( $r = 0,46$ ), SPS ( $r = 0,40$ ) y FQ-S ( $r = 0,40$ ). Sin embargo, el BFNE-R tan solo correlacionó con el LSAS ( $r = 0,26$ ). Por otra parte, Collins et al. (2005) también encontraron una correlación moderada entre el FQ-S y el BFNE ( $r = 0,56$ ). (17)

En población española Villa (1999) obtuvo correlaciones significativas entre la subescala BFNE-S y la subescala de fobia social del Social Phobia and Anxiety Inventory ( $r = 0,57$ ) (SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989), y entre el BFNE-S y el SAD ( $r = 0,32$ ).

En el estudio realizado por María J. Gallego, titulado Propiedades psicométricas de la escala de miedo a la evaluación negativa versión breve (BFNE) en el año 2007; se analizó la validez convergente del BFNE mediante el cálculo del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson con otras medidas de fobia social, de depresión y de ansiedad. La correlación más alta fue con el SAD ( $r = 0,52$ ), aunque el BFNE también correlacionó significativamente con la mayoría de medidas de miedo a hablar en público (CMHP  $r = 0,35$ ; SSPS-P  $r = -0,35$ ; SSPS-N  $r = 0,41$ ; PRCS  $r = 0,42$ ), a excepción del CAIP ( $r = -0,15$ ). Por otra parte, correlaciona moderadamente con el BDI ( $r = 0,43$ ) y el STAI-R ( $r = 0,47$ ), sin embargo, la correlación con el STAI-E ( $r = 0,21$ ) fue baja. (16)

Las correlaciones de la subescala BFNE-S con las medidas citadas son prácticamente las mismas que las obtenidas por el BFNE. Por otra parte, el BFNE-R no correlacionó significativamente con el SSPS-N, el CAIP y el STAI-E, sin embargo, obtuvo una correlación significativa a un nivel de significación  $p < 0,05$  con el STAIR, el SAD, el CMHP y el SSPS-P. Las únicas medidas que correlacionaron con el BFNE-R a un nivel de significación de  $p < 0,001$  fueron el PRCS y el BDI. (17)

### 3.5. Criterios para manejo de resultados

#### a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 y Anexo 2 serán tabulados y transcritos a una matriz y se procederá a la interpretación de los mismos.

#### b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada ficha para facilitar su uso.

#### c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

### III. Cronograma de Trabajo

| Actividades                  | Noviembre 2015 |   |   |   | Diciembre 2015 |   |   |   | Enero 2016 |   |   |   | Febrero 2016 |   |   |   | Marzo 2016 |   |   |   |
|------------------------------|----------------|---|---|---|----------------|---|---|---|------------|---|---|---|--------------|---|---|---|------------|---|---|---|
|                              | 1              | 2 | 3 | 4 | 1              | 2 | 3 | 4 | 1          | 2 | 3 | 4 | 1            | 2 | 3 | 4 | 1          | 2 | 3 | 4 |
| 1. Elección del tema         | ■              | ■ |   |   |                |   |   |   |            |   |   |   |              |   |   |   |            |   |   |   |
| 2. Revisión bibliográfica    |                |   | ■ | ■ |                |   |   |   |            |   |   |   |              |   |   |   |            |   |   |   |
| 3. Aprobación del proyecto   |                |   |   |   | ■              | ■ |   |   |            |   |   |   |              |   |   |   |            |   |   |   |
| 4. Ejecución                 |                |   |   |   |                |   |   |   | ■          | ■ | ■ | ■ |              |   |   |   |            |   |   |   |
| 5. Análisis e interpretación |                |   |   |   |                |   |   |   |            |   |   |   | ■            | ■ | ■ | ■ |            |   |   |   |
| 6. Informe final             |                |   |   |   |                |   |   |   |            |   |   |   |              |   |   |   | ■          | ■ | ■ |   |

**Fecha de inicio: 01/11/15**

**Fecha probable de término: 22/03/16**

#### IV. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- 1.- Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 10 ed. Wolters Kluwer (NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers; 2009. Cap.16 p.597-608
- 2.- Toro RJ, Yepes LE, Palacio CA, Tellez JE. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 ed. Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010. Cap.18 p.234-240
- 3.- Alarcon, R. Psiquiatría. 2ed. Washington, D.C: OPS/Manual Moderno, 2005. Cap.14 p.471-475
- 4.- Baldwin D., Anderson I., Nutt D., Bond A., Davidson J., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J of Psychopharm. 2005; 19(6): 597-96.
- 5.- Posada J., Aguilar S., Magaña C., Gómez L., Prevalencia de Trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia, 2003. Rev Col Psiq. 2004; 33(3): p: 241-61
- 6.- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIII. Año 2007, Números 1 y 2. Lima
- 7.- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- 8.- Gelder, M., López-Ibor, J., Andreasen N., Tratado de Psiquiatría 3 ed. Oxford University Press; 2000. Tomo II Cap 4. P.946-959
- 9.- Gaona, A. Incidencia de Fobia Social y Factores asociados en los alumnos del 5to año de secundaria del Colegio Peruano del Milenio, Arequipa 2007. Tesis para obtener el Título de

Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2007.

10.-Núñez Del Prado, E. Relación entre Apgar familiar y frecuencia de síntomas de fobia social en estudiantes del tercer al quinto año de secundaria de las I.E. La Salle y Mayta Capac Arequipa – 2011. Tesis para obtener el Título de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2011.

11.-Galli, E., et al. Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. Rev Med Hered 2001; 13: 19-25.

12.-Archibaldo M. et al. Escala de miedo a la evaluación negativa versión Breve (BFNE): propiedades psicométricas en Muestras Clínicas y de Universitarios en México. Acta Colombiana de Psicología 2014, 18(1), 69-77.

13.-Behar R., et al. Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2007; 45 (3): 211-220

14.-Posada-Villa, J., et al. 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, 2006. Nova - Publicación científica - issn: 1794-2470 vol.4 no. 6 junio - diciembre de 2006:1-114

15.-Hernández, G. et al. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Rev Méd Chile 2005; 133: 895-902

16.-Caraveo-Anduaga, J., Colmenares, E. Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México Salud Mental V. 23, No. 5, octubre del 2000

17.-Gallego. Propiedades psicométricas de la escala de miedo a la evaluación negativa versión breve (BFNE) en una muestra clínica. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 12, N. ° 3, pp. 163-176, 2007



V. Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| EDAD:   | Menos de 22 años ( ) 23 años ( ) 24 años ( ) 25 años ( ) 26 años ( )<br>27 años ( ) Más de 27 años ( ) |
| GENERO:   | Masculino ( ) Femenino ( )   |
| USTED PROCEDE DE:   | Arequipa ( ) Otros( )  |
| UNIVERSIDAD:  | UCSM( ) UNSA( ) Otros( )   |
| HOSPITAL DONDE REALIZA SU<br>INTERNADO MEDICO:  | HOSPITAL GOYONECHE( )<br>HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA ( )   |
| ROTACION DE INTERNADO QUE SE ENCUENTRA REALIZANDO:<br>Medicina Interna( ) Ginecología y Obstetricia( ) Cirugía( ) Pediatría( )  |  |
| TIENE ENAMORADO(A):   | SI ( ) NO ( )  |
| ALGUNA VEZ CONSUMIO O CONSUME CIGARRILLOS:  | SI ( ) NO ( )  |
| ALGUNA VEZ CONSUMIO O CONSUME ALCOHOL:  | SI ( ) NO ( )  |
| ALGUNA VEZ CONSUMIO O CONSUME ALGUN TIPO DE DROGA:<br>SI ( ) NO ( )   |  |
| COMO CONSIDERA SU DESEMPEÑO EN EL INTERNADO MEDICO:<br>Muy Bueno ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( ) Muy Malo ( )                |  |
| COMO CONSIDERA LA RELACION CON SUS COMPAÑEROS DE INTERNADO MEDICO:<br>Muy Bueno ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( ) Muy Malo ( ) |  |
| USTED VIVE CON:   | Ambos padres ( ) Solo padre ( ) Solo madre ( ) Tíos ( ) Abuelos ( ) Otros ( )                          |
| ECONOMICAMENTE USTED DEPENDE DE:<br>Ambos padres ( ) Solo padre ( ) Solo madre ( ) Tíos ( ) Abuelos ( ) Otros ( )               |  |
| COMO CONSIDERA LA RELACION ENTRE SUS PADRES:<br>Muy Buena ( ) Buena ( ) Regular ( ) Mala ( ) Muy Mala ( )                       |  |

**Anexo 2: Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve (BFNE)**

Lea detenidamente cada una de las siguientes frases e indique el grado en que le caracterizan de acuerdo con la siguiente escala:

- 1=NADA característico en mí.
- 2=LIGERAMENTE característico en mí.
- 3=MODERADAMENTE característico en mí.
- 4=MUY característico en mí.
- 5=EXTREMADAMENTE característico en mí.

|   | NADA | LIGERAMENTE | MODERADAMENTE | MUY | EXTREMADAMENTE |
|---|------|-------------|---------------|-----|----------------|
| 1. Me preocupa lo que la gente pensara de mí, incluso cuando sé que no tiene importancia.         |      |             |               |     |                |
| 2. No me preocupo incluso cuando sé que la gente se está formando una opinión desfavorable de mí. |      |             |               |     |                |
| 3. Frecuentemente temo que otras personas se den cuenta de mis limitaciones.                      |      |             |               |     |                |
| 4. Raramente me preocupo de la impresión que estoy causando en los demás.                         |      |             |               |     |                |
| 5. Temo que los demás no me aprueben.   |      |             |               |     |                |
| 6. Me da miedo que la gente descubra mis defectos.  |      |             |               |     |                |
| 7. Las opiniones de los demás sobre mí no me molestan.  |      |             |               |     |                |
| 8. Cuando estoy hablando con alguien me preocupa lo que pueda estar pensando de mí.               |      |             |               |     |                |
| 9. Generalmente me preocupo por la impresión que pueda causar.                                    |      |             |               |     |                |
| 10. Sé que alguien me está juzgando, eso tiene poco efecto sobre mí.                              |      |             |               |     |                |
| 11. A veces pienso que estoy demasiado preocupado por lo que otras personas piensan de mí.        |      |             |               |     |                |
| 12. A menudo me preocupa decir o hacer cosas equivocadas  |      |             |               |     |                |

## **ANEXO 2: MATRIZ DE DATOS**



|    | EDAD | GENERO | PROCEDENCIA | UNIVERSIDAD | HOSPITAL-SEDE DE INTERNADO | ROTACION | PRESENCIA DE ENAMORADO | CONSUMO DE CIGARRILLOS | CONSUMO DE ALCOHOL | CONSUMO DE DROGAS | DESEMPEÑO EN INTERNADO MEDICO | RELACION CON COMPAÑEROS DE INTERNADO | CONVIVENCIA | DEPENDENCIA ECONOMICA | RELACION CON PADRES | BNFE |
|----|------|--------|-------------|-------------|----------------------------|----------|------------------------|------------------------|--------------------|-------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-------------|-----------------------|---------------------|------|
| 1  | 6    | 0      | 0           | 0           | 0                          | 1        | 0                      | 0                      | 0                  | 0                 | 2                             | 1                                    | 0           | 5                     | 1                   | 43   |
| 2  | 6    | 1      | 0           | 0           | 0                          | 0        | 0                      | 0                      | 0                  | 1                 | 0                             | 1                                    | 0           | 0                     | 2                   | 33   |
| 3  | 4    | 1      | 0           | 1           | 1                          | 2        | 0                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 29   |
| 4  | 3    | 0      | 0           | 1           | 1                          | 0        | 0                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 2           | 5                     | 0                   | 25   |
| 5  | 4    | 1      | 0           | 1           | 1                          | 0        | 0                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 39   |
| 6  | 2    | 1      | 0           | 1           | 1                          | 3        | 1                      | 0                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 28   |
| 7  | 4    | 0      | 0           | 1           | 1                          | 0        | 0                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 32   |
| 8  | 4    | 0      | 0           | 1           | 1                          | 3        | 0                      | 1                      | 1                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 20   |
| 9  | 5    | 0      | 0           | 1           | 1                          | 2        | 1                      | 0                      | 0                  | 1                 | 1                             | 0                                    | 0           | 2                     | 1                   | 16   |
| 10 | 6    | 1      | 0           | 0           | 1                          | 0        | 0                      | 0                      | 0                  | 1                 | 0                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 15   |
| 11 | 3    | 1      | 0           | 1           | 1                          | 1        | 0                      | 0                      | 0                  | 1                 | 1                             | 2                                    | 5           | 0                     | 1                   | 23   |
| 12 | 2    | 0      | 2           | 0           | 1                          | 2        | 1                      | 0                      | 0                  | 0                 | 2                             | 2                                    | 5           | 0                     | 1                   | 24   |
| 13 | 3    | 1      | 0           | 1           | 1                          | 0        | 1                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 0                   | 17   |
| 14 | 6    | 1      | 0           | 1           | 1                          | 2        | 0                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 27   |
| 15 | 0    | 1      | 0           | 1           | 1                          | 2        | 0                      | 1                      | 1                  | 1                 | 2                             | 1                                    | 0           | 0                     | 2                   | 30   |
| 16 | 2    | 1      | 1           | 1           | 1                          | 2        | 1                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 22   |
| 17 | 4    | 1      | 1           | 0           | 1                          | 3        | 0                      | 0                      | 1                  | 1                 | 1                             | 0                                    | 0           | 2                     | 2                   | 27   |
| 18 | 1    | 1      | 1           | 0           | 1                          | 4        | 0                      | 0                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 3                     | 1                   | 30   |
| 19 | 3    | 0      | 0           | 0           | 0                          | 1        | 0                      | 0                      | 0                  | 0                 | 2                             | 1                                    | 0           | 5                     | 1                   | 32   |
| 20 | 2    | 1      | 0           | 0           | 0                          | 1        | 0                      | 0                      | 0                  | 1                 | 0                             | 1                                    | 0           | 0                     | 2                   | 30   |
| 21 | 1    | 1      | 0           | 0           | 1                          | 1        | 0                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 18   |
| 22 | 3    | 0      | 0           | 0           | 0                          | 0        | 0                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 2           | 5                     | 0                   | 41   |
| 23 | 3    | 1      | 0           | 0           | 0                          | 3        | 0                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 37   |
| 24 | 1    | 0      | 0           | 1           | 0                          | 2        | 1                      | 0                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 31   |
| 25 | 3    | 1      | 0           | 1           | 1                          | 2        | 0                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 24   |
| 26 | 4    | 1      | 0           | 1           | 1                          | 2        | 0                      | 1                      | 1                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 45   |
| 27 | 3    | 0      | 0           | 0           | 1                          | 2        | 1                      | 0                      | 0                  | 1                 | 1                             | 0                                    | 0           | 2                     | 1                   | 36   |
| 28 | 6    | 1      | 0           | 0           | 1                          | 3        | 0                      | 0                      | 0                  | 1                 | 0                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 28   |
| 29 | 3    | 1      | 0           | 0           | 0                          | 1        | 0                      | 0                      | 0                  | 1                 | 1                             | 2                                    | 5           | 0                     | 1                   | 28   |
| 30 | 4    | 1      | 2           | 0           | 0                          | 2        | 1                      | 0                      | 0                  | 0                 | 2                             | 2                                    | 5           | 0                     | 1                   | 49   |
| 31 | 3    | 1      | 0           | 0           | 0                          | 0        | 1                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 0                   | 32   |
| 32 | 6    | 1      | 0           | 0           | 0                          | 0        | 0                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 22   |
| 33 | 4    | 1      | 0           | 1           | 0                          | 0        | 0                      | 1                      | 1                  | 1                 | 2                             | 1                                    | 0           | 0                     | 2                   | 31   |
| 34 | 1    | 1      | 1           | 1           | 1                          | 2        | 1                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 38   |
| 35 | 4    | 1      | 1           | 0           | 0                          | 3        | 0                      | 0                      | 1                  | 1                 | 1                             | 0                                    | 0           | 2                     | 2                   | 33   |
| 36 | 3    | 0      | 1           | 0           | 0                          | 4        | 0                      | 0                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 3                     | 1                   | 48   |
| 37 | 3    | 1      | 1           | 1           | 0                          | 2        | 1                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 28   |
| 38 | 4    | 1      | 1           | 0           | 1                          | 3        | 0                      | 0                      | 1                  | 1                 | 1                             | 0                                    | 0           | 2                     | 2                   | 36   |
| 39 | 1    | 0      | 1           | 0           | 1                          | 4        | 0                      | 0                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 3                     | 1                   | 34   |
| 40 | 3    | 0      | 0           | 1           | 0                          | 4        | 0                      | 0                      | 0                  | 0                 | 2                             | 1                                    | 0           | 5                     | 1                   | 36   |
| 41 | 2    | 1      | 0           | 1           | 0                          | 4        | 0                      | 0                      | 0                  | 1                 | 0                             | 1                                    | 0           | 0                     | 2                   | 13   |
| 42 | 4    | 1      | 0           | 1           | 1                          | 2        | 0                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 48   |
| 43 | 2    | 0      | 0           | 1           | 0                          | 3        | 0                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 2           | 5                     | 0                   | 34   |
| 44 | 3    | 0      | 0           | 0           | 0                          | 1        | 0                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 16   |
| 45 | 5    | 0      | 0           | 1           | 0                          | 2        | 1                      | 0                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 29   |
| 46 | 2    | 0      | 0           | 1           | 1                          | 3        | 0                      | 1                      | 0                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 42   |
| 47 | 4    | 0      | 0           | 1           | 1                          | 4        | 0                      | 1                      | 1                  | 1                 | 1                             | 1                                    | 0           | 0                     | 1                   | 41   |

|    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 48 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 27 |
| 49 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 43 |
| 50 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 26 |
| 51 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 5 | 1 | 43 |
| 52 | 6 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 33 |
| 53 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 29 |
| 54 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 0 | 25 |
| 55 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 39 |
| 56 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 28 |
| 57 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 32 |
| 58 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 20 |
| 59 | 5 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 16 |
| 60 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 22 |
| 61 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 20 |
| 62 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 1 | 18 |
| 63 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 5 | 1 | 17 |
| 64 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 22 |
| 65 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 20 |
| 66 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 0 | 23 |
| 67 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 20 |
| 68 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 22 |
| 69 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 1 | 20 |
| 70 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 5 | 1 | 21 |
| 71 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 20 |
| 72 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 23 |
| 73 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 0 | 22 |
| 74 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 24 |
| 75 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 13 |
| 76 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 11 |
| 77 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 12 |
| 78 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 21 |
| 79 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 20 |
| 80 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 21 |
| 81 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 1 | 20 |
| 82 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 5 | 1 | 24 |
| 83 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 22 |
| 84 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 23 |
| 85 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 0 | 22 |
| 86 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 21 |
| 87 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 20 |
| 88 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 0 | 23 |
| 89 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 20 |
| 90 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 22 |
| 91 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 23 |
| 92 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 23 |
| 93 | 5 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 24 |
|    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

|                     |              |            |          |                                     |                             |
|---------------------|--------------|------------|----------|-------------------------------------|-----------------------------|
| 0= MENOS DE 22 AÑOS | 0= MASCULINO | 0=AREQUIPA | 0= UCSM  | 0=HOSPITAL GOYONECHE                | 0=MEDICINA INTERNA          |
| 1=23 AÑOS           | 1=FEMENINO   | 1=OTROS    | 1=UNAS   | 1=HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA | 1=GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA |
| 2=24 AÑOS           |              |            | 2= OTROS |                                     | 2=CIRUGIA                   |
| 3=25 AÑOS           |              |            |          |                                     | 3=PEDIATRIA                 |
| 4=26 AÑOS           |              |            |          |                                     |                             |
| 5= 27 AÑOS          |              |            |          |                                     |                             |
| 6= MAS DE 27 AÑOS   |              |            |          |                                     |                             |

|      |      |      |      |             |             |                |                |             |                                |
|------|------|------|------|-------------|-------------|----------------|----------------|-------------|--------------------------------|
| 0=SI | 0=SI | 0=SI | 0=SI | 0=MUY BUENO | 0=MUY BUENO | 0=AMBOS PADRES | 0=AMBOS PADRES | 0=MUY BUENA | MENOR A 24= NO FOBIA SOCIAL    |
| 1=NO | 1=NO | 1=NO | 1=NO | 1=BUENO     | 1=BUENO     | 1=SOLO PADRE   | 1=SOLO PADRE   | 1=BUENA     | MAYOR O IGUAL 25= FOBIA SOCIAL |
|      |      |      |      | 2=REGULAR   | 2=REGULAR   | 2=SOLO MADRE   | 2=SOLO MADRE   | 2=REGULAR   |                                |
|      |      |      |      | 3=MALO      | 3=MALO      | 3=TIOS         | 3=TIOS         | 3=MALA      |                                |
|      |      |      |      | 4=MUY MALO  | 4=MUY MALO  | 4=ABUELOS      | 4=ABUELOS      | 4=MUY MALA  |                                |
|      |      |      |      |             |             | 5=OTROS        | 5=OTROS        |             |                                |