



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS
MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**Trayectoria del Trastorno de Fobia Específica
de la adolescencia a la adultez temprana.**

Tesis

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN CIENCIAS.

PRESENTA:

Yesica Cristina Albor Sánchez

TUTORA PRINCIPAL:

Dra. Corina Benjet

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

COMITÉ TUTORAL:

Dra. Rebeca Aguirre-Hernández

Facultad de Medicina (UNAM)

Dra. Guadalupe S. García de la Torre

Facultad de Medicina (UNAM)

Dra. Rebeca Robles García

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., junio del 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Contenido

Resumen.....	5
1. Introducción.....	6
2. Antecedentes.....	9
2.1. El miedo.....	9
2.2. Fobia Específica.....	13
2.2.1. Del concepto de fobia al de fobia específica.....	13
2.2.2. Conceptualización de la fobia específica.....	17
2.2.3. Características sociodemográficas y clínicas del trastorno de fobia específica..	20
3. Planteamiento del problema.....	29
4. Pregunta de Investigación.....	30
5. Justificación.....	30
6. Objetivos de la investigación.....	31
6.1. Objetivo General:.....	31
6.2. Objetivos específicos:.....	31
7. Hipótesis.....	31
8. Método.....	32
8.1. Diseño de investigación y tipo de estudio.....	32
8.2. Participantes.....	32
8.3. Escenarios.....	33
8.4. Criterios de Selección.....	33
8.4.1. Criterios de Inclusión.....	33
8.4.2. Criterios de Exclusión.....	33
8.5. Muestreo.....	33
8.6. Definición conceptual y operacional de variables.....	36
8.6.1. Variable Dependiente.....	36
8.6.2. Variables Independientes.....	37
8.7. Instrumento.....	39
8.8. Consideraciones éticas.....	40
8.9. Procedimiento.....	40
8.10. Análisis de los datos.....	41
9. Resultados.....	42
9.1. Cálculo del ponderador.....	42

9.2.	Descripción de la muestra	46
9.3.	Trayectoria del trastorno de fobia específica	47
9.3.1.	Caracterización de los casos persistentes	49
9.3.2.	Factores de riesgo para la persistencia de fobia específica.....	55
9.3.3.	Caracterización de los casos incidentes	56
9.3.4.	Factores de riesgo para la incidencia de fobia específica	61
9.4.	Fobia específica no-comórbida en la adolescencia como predictor de subsecuentes trastornos mentales	62
10.	Discusión.....	63
10.1.	Limitaciones y fortalezas.....	63
10.2.	Resumen de hallazgos notables.....	64
10.3.	Persistencia e Incidencia del Trastorno de Fobia Específica.....	64
10.4.	Factores de riesgo para la persistencia e incidencia de Fobia Específica	65
10.5.	Comorbilidad sucesiva en la adultez temprana como resultado de presentar fobia específica en la adolescencia.....	68
10.6.	Aportaciones.....	69
10.7.	Sugerencias al método.....	70
11.	Conclusiones.....	71
12.	Referencias.....	72
13.	Anexos.....	81
	Anexo 1: Medición de fobia específica.....	81
	Anexo 2: Consentimiento Informado.....	94
	Anexo 3: Materiales para los participantes.....	96
	Anexo 4. Riesgos relativos ajustados basados en predicciones marginales promedios desde el modelo de regresión logística.....	97
	Anexo 5. Cálculo del ponderador.....	98

Dedicatoria

A mi esposo Alejandro por caminar junto a mí y amarme como lo hace.

A mis hijas Itzaluna e Indajani porque su magia hace milagros en mi vida todos los días, son mi inspiración.

A mi mamá y a mi hermana que me enseñaron a lanzar mis deseos hacia las estrellas, por no dejarme sola nunca y por el amor infinito que nos une.

A mi Brendita por enseñarme con su partida que no hay nada más valioso en el mundo que la vida.

A toda mi familia, pero en especial a mi tía Magos y a Dan por su compañía y apoyo incondicional.

Los Amo.

Agradecimientos

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme un segundo hogar y formarme como profesional, sin duda, es uno de los regalos más maravillosos que la vida me ha dado.

Gracias a la Dra. Corina Benjet por dejarme participar en su línea de investigación, por la confianza que deposito en mí, por sus enseñanzas, por su afecto, por impulsarme en el momento en que más lo necesitaba, todo esto fue determinante para poder terminar con éxito este trabajo. La admiro y la quiero mucho.

Gracias A la Dra. Rebeca Aguirre por su dedicación como docente y como tutora, por el tiempo que amablemente invirtió a este proyecto, cada una de sus observaciones mejoró este trabajo.

Gracias a la Dra. Guadalupe García de la Torre por ser la palabra que invita a ser mejor cada día aunque duela, por ese gran abrazo que me dio consuelo en los momentos difíciles y que me sigue acompañando.

Gracias a la Dra. Rebeca Robles por su entusiasmo singular, por sus comentarios siempre constructivos y acertados que le dieron forma a esta tesis.

Gracias a la Dra. Medina-Mora por compartirme su sabiduría, por enseñarme con su ejemplo el gran arte de investigar, pero sobre todo por su invaluable calidad humana, que ha dejado una huella muy importante en mi vida profesional.

Gracias Dra. Emilia Lucio, por su atenta lectura a mi trabajo y por sus aportaciones que se dirigieron a resaltar lo valioso de esta investigación.

Gracias a la Dra. Ulloa y al Dr. Jurado por aceptar ser parte de mi jurado y por las observaciones realizadas a esta investigación.

Gracias al Corina's team por hacer de estos 4 años un espacio lleno de muchísimo aprendizaje y diversión, por su compañía, por su experiencia y por hacer del seminario el mejor espacio para crecer. Me llevó más de lo que creen.

Gracias a mis amigos de vida, Gerardo Altamirano, Andrea García, Rosalía Díaz, Florencio Monroy, Dulce Gutiérrez, Mónica Aburto, Eloin Vidal, Pablo Valderrama, Cristina Maya, por compartirse conmigo y ser esa red de apoyo que todo ser humano necesita para ser feliz.

Gracias a la Lic. Alba Ochoa porque durante estos 4 años de doctorado y 2 de maestría me ha llevado de la mano en cada procedimiento administrativo, de una manera cordial y afectuosa.

Resumen

La fobia específica es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en población general, tienen un inicio muy temprano y tiene alta comorbilidad. Sin embargo, recibe menos tratamiento que otros trastornos, quizá por circunscribirse a una situación específica que puede ser evitada o por la dificultad de reconocerla como patología y diferenciarla del miedo normal y adaptativo. Para clarificar su significancia clínica, factores de riesgo y su curso es necesario llevar a cabo estudios longitudinales. Así, el objetivo fue determinar la persistencia e incidencia del trastorno y sus predictores en una cohorte mexicana, en un período de ocho años, desde la adolescencia hasta la edad adulta. 1071 encuestados, de una muestra representativa, participaron en la Encuesta de Salud Mental de Adolescentes en 2005 y en la encuesta de seguimiento en 2013. Los resultados indican que, de las personas que tuvieron fobia específica en el 2005, 17.5% persistieron, y los factores que incrementaron el riesgo de persistencia fueron iniciar este trastorno en la adolescencia, haber tenido un familiar con fobia específica y haber experimentado negligencia parental y adversidad económica. Mientras que, de los que no tuvieron fobia específica en el 2005, 2.4% desarrollaron este trastorno en la adultez temprana y los factores que incrementaron el riesgo de incidir fueron haber tenido miedo a los espacios cerrados, agorafobia, distimia y haber vivido en adversidad económica. Finalmente, se encontró que el trastorno de fobia específica es un factor que predice casos incidentes de otros trastornos de ansiedad y de uso de sustancias, lo cual proporciona evidencia de ser un marcador de mal pronóstico para futuros trastornos psiquiátricos.

1. Introducción

La fobia específica es uno de los padecimientos más frecuentes entre los trastornos de ansiedad y de los trastornos mentales en general y, al mismo tiempo, uno de los menos atendidos y estudiados. De acuerdo con la APA (2000), el trastorno de fobia específica está caracterizado principalmente por miedo intenso y persistente que es excesivo e irracional, el cual se desencadena por la presencia de un objeto o una situación específica. La evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados por las situaciones temidas interfieren significativamente con la rutina normal de la persona, ya sea en sus actividades laborales, académicas o incluso en sus relaciones sociales.

Cabe mencionar que estudios epidemiológicos de fobia específica, han puesto en evidencia que este trastorno inicia a una edad muy temprana, persiste hasta la adultez y podría ser un indicador inicial de vulnerabilidad para posterior psicopatología y deterioro (Burstein et al. 2012; Kessler et al, 2005; Depla et al., 2008; Becker et al., 2007; Stinson et al., 2007). Asimismo, la fobia específica tiene comorbilidad con trastornos de ánimo y de consumo de sustancias (Becker et al., 2007; Benjet, Borges, Stein, Méndez & Medina-Mora, 2012; Essau, Conradt & Petermann F., 2000; Stinson et al., 2007; Trumpf, 2009;). Además, tiene una alta comorbilidad, especialmente con otros trastornos de ansiedad, y comparten características como el circuito del miedo (Brown et al., 2001; Essau, 2003; Etkin & Wager, 2007; Shin & Liberzon, 2010).

Por otra parte, datos de las Encuestas Nacionales de Salud Mental -promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)- indican que, en población adolescente México tiene la mayor prevalencia de fobia específica en los últimos 12 meses (20.9%), similar al 15.8% reportado para Estados Unidos (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano & Aguilar-Gaxiola, 2009b; Kessler *et al.*, 2012). Por otro lado, al observar los datos del trastorno de fobia específica en los 12 meses previos para población adulta, entre los países de América, Estados Unidos tiene la mayor prevalencia con 8.7%, seguido por Colombia con 6.0% y México con 4.0%, la menor prevalencia en esta región (Medina-Mora *et al.*, 2005; Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña y Gómez, 2004; Kessler *et al.*, 2005b). Por lo que se refiere a la comunidad europea, Francia tiene la más alta proporción con 7.3%, seguida por Alemania con 6.5%, Holanda con 5.2%, Bélgica con 4.4% y España e

Italia con la proporción más baja 3.6% y 3.5% respectivamente (EPREMED Consortium, 2008). En Asia, Líbano con 8.2% frecuencia similar a la de Estados Unidos, y Japón con 2.7% la menor frecuencia de todos los países aquí reportados (Karam *et al.* 2008; Ishikawa, Kawakami y Kessler, 2016). Nigeria, representante del continente africano, tiene 3.5%, apenas por encima de Japón (Gureje, Lasebikan y Kola, 2006). Estos datos permiten concluir que tanto en países desarrollados como en desarrollo la prevalencia para este trastorno llega a ser muy alta, incluso en los países en que la proporción reportada es baja, el padecimiento sigue siendo el más frecuente. También, podemos observar que las prevalencias son más altas en la adolescencia que en la adultez, posiblemente reflejando la disminución de la gravedad a niveles subclínicos.

Es de suma importancia centrarse en la investigación de la evolución del trastorno de fobia específica a través de estudios longitudinales. Principalmente, considerando la alta prevalencia detectada en adolescentes, se necesita explorar si esta enfermedad remitirá o no en la adultez y cuáles son las características de las personas que continúan con este trastorno hasta la adultez. Asimismo, examinar con detenimiento, si el grupo de jóvenes en los que se detectó el padecimiento y que remitieron en la adultez, presentaron alguna consecuencia negativa derivada de la presencia de fobia específica.

Retomando lo anterior, si la fobia específica es el trastorno psiquiátrico más común, ¿por qué rara vez es el motivo principal de consulta? Esta incongruencia, es la segunda razón por la que es necesario estudiarla. Una posible explicación a esta discordancia sería que la fobia se circunscribe a un objeto o situación determinada que puede ser evitada o adaptada al estilo de vida y por ende generar menos discapacidad (Benjet *et al.*, 2012).

Otra razón, es la de neutralizar el desdén y la poca relevancia clínica que se le da a las fobias. Éstas tienden a considerarse, erróneamente, como constituidas por emociones y comportamientos irracionales y sin consecuencias. Como resultado, podría existir una dificultad de reconocerla como patología y diferenciarla del miedo como un mecanismo normal y adaptativo.

Una razón final, pero no por ello menos relevante, es la carencia de investigación de este padecimiento. Un estudio que examinó las tendencias de publicación científica de los trastornos de ansiedad individuales desde 1980 a 2015 mostró que mientras la investigación sobre los trastornos de ansiedad creció durante ese período de 25 años, la producción de investigación para fobia específica y agorafobia no creció (Boschen, 2007).

Por consiguiente, deben ser estudiados con mayor profundidad, los diferentes cursos y predictores particulares para fobia específica.

En conclusión, las fobias son estigmatizadas en poblaciones médicas y no médicas y por ello menospreciadas por el mismo ámbito académico y de investigación (Davidson, 2005). Entonces, como profesionales debemos estar preocupados por la relevancia clínica del trastorno, incluso en aquellos en los que éste remite. Por todo lo anteriormente planteado, el objetivo del presente trabajo de investigación es determinar el curso del trastorno de fobia específica y los factores de riesgo de cada desenlace, así como las consecuencias de haberlo presentado en un período de ocho años.

Esta investigación es única en México debido a su complejidad de diseño y logística. Si bien este país cuenta con un número importante de estudios poblacionales, son sólo 3 estudios de panel poblacional de los que se tienen conocimiento: el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares y la Encuesta Nacional de Hogares rurales de México. Aunque, en éstos estudios no se evalúa a profundidad los trastornos psiquiátricos, particularmente, de la adolescencia a la adultez temprana.

Finalmente, es importante señalar que el presente estudio se desprende de una investigación más amplia que se llevó a cabo en el Instituto de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (INPRF), nombrado: “Estudio longitudinal de la incidencia y persistencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes”. El proyecto principal es un estudio longitudinal de panel que tuvo como objetivo evaluar la persistencia e incidencia en general de 20 trastornos psiquiátricos en un período que comprende de la adolescencia hasta la adultez temprana. De esta manera, el trabajo aquí descrito se apegó a los lineamientos ya establecidos en dicha investigación y aprovechó los recursos, muestra y datos de la primera medición.

2. Antecedentes.

2.1. El miedo

La fobia es una forma especial de miedo, por eso es muy importante entender la definición de miedo, cuáles son sus características, y cómo se manifiesta cuando es evolutivo para poder diferenciarlo con el trastorno de fobia.

Antes de empezar, es necesario hacer una aclaración pertinente sobre las diferencias entre miedo y ansiedad dado que son términos que suelen confundirse. Por una parte, “el miedo se define como un proceso cognitivo, que implica valoración intelectual de un estímulo amenazador o peligro, y que se activa cuando una persona se ve expuesta, física o psíquicamente, a ese estímulo; mientras que la ansiedad es un proceso emocional subjetivamente desagradable provocado cuando se estimula el miedo” (Beck, Emery y Greenberg, 2014, p.60-61). Por otra parte, Barlow (2002) plantea que “el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción y la ansiedad es una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos” (p. 104).

Hecha esta aclaración, el miedo es una reacción emocional innata y proporcionada a la intensidad del peligro actual o inminente percibido. Es un sistema de alarma primitivo para la propia seguridad física o psíquica y conduce al organismo a enfrentarse, escapar o evitar las fuentes del peligro con una muy rápida activación de conductas defensivas, teniendo de ese modo un valor para la supervivencia (Barlow, 2002; Beck & Greenberg, 1988; Craske, 2003; Lichtenstein & Annas, 2000). Asimismo es una emoción básica y necesaria, que forma parte del desarrollo normal, transitoria, adaptativa y sana que presenta características evolutivas (ontogenéticas) y posee un significado biológico-evolutivo (filogenético), por tanto proporciona el desarrollo de habilidades de afrontamiento futuras (Gullone, 2000; Lichtenstein &

Annas, 2000; Ollendick, King & Muris, 2002; Pelechano, 1981; Valiente, Sandín & Chorot, 2010). Por lo tanto, ha sido consistentemente reportado que los miedos son muy frecuentes, aunque varían en contenido, intensidad y duración de acuerdo a la edad, género, madurez emocional y experiencias de aprendizaje, y en general, los miedos suelen desaparecer espontáneamente conforme aumenta la edad o al superarse el periodo evolutivo (Gullone, 2000; Lichtenstein & Annas, 2000; Ollendick et al., 2002; Valiente, Sandín & Chorot, 2010).

Existen muchos estudios que han examinado los miedos normales en diferentes edades y etapas del desarrollo y esto ha demostrado que la remisión de unos miedos y la aparición de otros nuevos se debe a la adaptación de las cambiantes demandas del medio, propias de las diferentes etapas evolutivas, y al desarrollo cognitivo, perceptual y emocional (Gullone, 2000; Pelechano, 1981). De esta manera, los bebés temen a estímulos del medio ambiente inmediato o a estímulos de naturaleza concreta tales como el ruido y la pérdida del apoyo y al final del año de vida teme a objetos y personas extrañas, a las alturas, así como emerge la ansiedad de separación; en niños preescolares se presenta el miedo a estar solo, a la oscuridad y surge el miedo a los animales. Asimismo con el incremento de la edad, ya en los años escolares, los miedos de los niños cambian a estímulos de una naturaleza abstracta e imaginaria tales como seres imaginarios, fenómenos sobrenaturales; y después los miedos se van haciendo más reales y anticipatorios como temor a los ladrones, raptos, a la crítica y amenazas de daño corporal. Para la pre-adolescencia emergen los miedos de tipo escolar, social, político, económico y de autoimagen y ya para la adolescencia adquieren gran relieve los temores sociales, los miedos sexuales, y los relacionados con la autoidentidad y rendimiento personal (ver Tabla 1). En la edad adulta continúa el miedo relacionado a la muerte y el peligro evidente (King, Ollendick & Tonge, 1997; Gullone, 2000).

Tabla 1. Edades y etapas del miedo, tomada de Robinson & Rotter (1991).

Edad	Miedos
0-6 meses	Pérdida de soporte, ruidos fuertes y movimientos repentinos.
7-12 meses	Extraños, objetos grandes que surgen súbitamente y ruidos fuertes.
1 año	Separación de los padres, extraños, retrete, heridas.
2 años	Animales grandes, cuartos oscuros, objetos y máquinas grandes y cambios en el entorno personal.
3 años	Cuartos oscuros, máscaras, animales grandes, víboras, separación de los padres.
4 años	Cuartos oscuros, ruidos nocturnos, animales grandes, víboras, separación de los padres,
5 años	Animales salvajes, lesiones corporales, oscuridad, gente mala, separación de los padres.
6 años	Fantasmas, monstruos, brujas, oscuridad, estar solo, truenos y relámpagos.
7 años	Fantasmas, monstruos, tormentas, estar perdido o secuestrado, estar solo.
8 años	Oscuridad, personas (secuestrador, ladrón asaltante), armas de fuego o armas, estar solo, animales.
9 años	Oscuridad, estar perdido, pesadillas, lesiones corporales o accidentes, estar solo.
10 años	Oscuridad, personas, pesadillas, castigo, extraños.
11 años	Oscuridad, estar solo, pesadillas, ser herido por alguien, estar enfermo, exámenes y calificaciones
12 años	Oscuridad, castigo (estar en problemas, malas calificaciones), a estar solo, ser herido o eliminado, exámenes y calificaciones.
13 años	Crímenes, ser herido o secuestrado, estar solo, a la guerra y guerra nuclear, malas calificaciones, exámenes y castigos.
14+ años	Fracaso escolar, relaciones interpersonales, guerra, exámenes, problemas sexuales (embarazo, ETS), estar solo y preocupaciones familiares.

Fuente: Robinson III, E., & Rotter, J. (1991). Children's fears: Toward a preventative model. *School Counselor*, 38(3), 187.

Lang (1968, 1979) propuso la teoría del triple sistema de respuesta, la cual mantiene que la ansiedad fóbica o los miedos se manifiestan a través de tres sistemas de respuesta:

➤ Activación fisiológica (neurofisiológico-bioquímico)

Son los cambios que se producen, en el organismo, encaminados al combate o a la huida (como aumento de frecuencia cardíaca y de la fuerza de contracción del corazón, así como de la presión arterial, broncodilatación, vasoconstricción, dilatación de las pupilas, sudoración, sequedad de boca, náuseas, temblores, dolores de cabeza, dolores de estómago, etc.).

➤ Reactividad subjetiva (cognitivo)

Es la detección de las señales que indican amenaza o peligro, mediante los recursos perceptivos (como sensaciones subjetivas de terror, irrealidad y de pérdida inminente del conocimiento, declaraciones con respecto a los sentimientos de miedo (me siento asustado), declaración negativa de sí mismo (no puedo ir a la escuela), y encuentros anticipados con el objeto temido que provocarán daño a uno mismo (el ave me va a rasguñar)).

➤ Evitación conductual (motor o conductual)

Son las reacciones de “huida y defensa” o “evitación y aproximación”.

Finalmente, Achenbach (1990) planteaba que las conductas desviadas, que normalmente son motivo de búsqueda de ayuda profesional, no son más que meras variaciones cuantitativas de las características que pueden ser normales en ciertos períodos del desarrollo. Entonces, algunos miedos son anormales o patológicos, cuando son desproporcionados en una situación neutral o no amenazante que sea malinterpretada como representativa de un peligro o amenaza potencial, no se pueden explicar de manera racional, está más allá del control voluntario y que conduce a la evitación de la situación temida (Marks, 1969 en Ollendick et al. 2002). Además, son persistentes, desadaptativos y no son específicos de una edad (Miller, Barrett y Hampe, 1974 en Ollendick et al. 2002). En conclusión, los miedos normales y adaptativos se han diferenciado de los miedos o fobias clínicas sobre la base de varios criterios, incluyendo si el miedo es excesivo, irracional, persistente y/o interfiere

significativamente con el funcionamiento (APA, 2000; OMS, 2000). Por lo tanto, en el siguiente apartado se desarrollará el concepto de fobia y se presentará detalladamente los criterios del trastorno de fobia específica.

2.2. Fobia Específica

2.2.1. Del concepto de fobia al de fobia específica

El término fobia viene de *Phobos*, palabra del griego que significa 'terror, pavor'. En la mitología griega, *Phobos* era el nombre de una deidad que provoca miedo y pánico en sus enemigos, hijo de Ares y Afrodita, debe acompañar y salvar a su padre empecinado, guerrero excesivo en las diversas batallas (Grimal, 1981).

Hipócrates pudo haber sido uno de los primeros autores para describir miedos mórbidos, pero no es sino hasta mediados del siglo XIX que Westpahl (citado en Boyd, Crump, 1991) introduce el término de agorafobia para describir el estado de angustia y terror a los espacios abiertos refiriendo que se trataba de una angustia espantosa, ligada a palpitaciones del corazón y otros síntomas. Además, define la fobia como “el miedo a tener miedo”.

En 1894 Sigmund Freud (1973) escribió “Obsesiones y fobias: su mecanismo y su etiología”, en el cual sugirió que las fobias eran un estado emotivo asociado siempre con la angustia y son más monótonas y típicas que las obsesiones, distinguía dos grupos, las fobias comunes y las ocasionales. Además, clasificó la fobia como parte de la “Histeria de angustia”. Posteriormente, para Freud, en la fobia, el yo en forma inconsciente anticipa la satisfacción del impulso pulsional (peligro interno conocido como deseo edípico que condiciona y prepara para el peligro externo) y el castigo de la castración o miedo a la pérdida del amor (peligro externo y real) para generar la señal de angustia y poner en movimiento el principio del placer, que lleva a cabo la represión; entonces se forma el síntoma de la fobia, por el desplazamiento sobre un objeto sustitutivo, aunque lo que realmente se substituye es el peligro exterior por otro también exterior. Esto tiene dos ventajas: esquiva el conflicto de ambivalencia hacia el objeto erótico o de peligro y permite al yo terminar el desarrollo de angustia, evitando la percepción del objeto o situación fóbica para poder vivir sin miedo. Es importante considerar que Freud llega a percibir las fobias como un sistema de

pensamiento que constituye un dispositivo o una barrera que protege de la angustia en las histerias de angustia y en la cual también se encuentran fijaciones al trauma, en relación con la compulsión a la repetición con la meta contrapuesta de olvidar el trauma.

En 1980 se publicó el DSM-III (APA, 1980) donde los trastornos fóbicos fueron clasificados como parte del trastorno de ansiedad. Entre los trastornos fóbicos, se incluía la fobia simple definida como un miedo persistente a un estímulo circunscrito. La exposición a ese estímulo provoca ansiedad inmediata e intensa o evitación. Además, este padecimiento produce interferencia significativa en la rutina normal del individuo, con las actividades sociales habituales y con las relaciones con los demás o existe un intenso malestar debido al miedo. Asimismo, el estímulo fóbico no tiene ninguna relación con el contenido de las obsesiones o con el trauma.

Ya en el DSM-IV (APA, 2000, p. 449), se establecieron los siguientes criterios para el diagnóstico de fobia específica:

- A) Miedo acusado y persistente que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia de un objeto o situación específico.
- B) La exposición o anticipación al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Que puede tomar la forma de un ataque de pánico situacional más o menos relacionada con una situación específica. Nota: En niños, la ansiedad podría ser expresada por lloriqueo, berrinches, inmovilidad o aferrarse a otra persona.
- C) La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños esta característica puede estar ausente.
- D) Las situaciones fóbicas se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E) La evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados por las situaciones temidas interfieren significativamente con la rutina

normal de la persona, con sus actividades laborales o académicas, o con sus relaciones sociales, asimismo hay malestar intenso por tener una fobia.

- F) En menores de 18 años de edad la duración de estos síntomas debe haber sido de por lo menos 6 meses.
- G) La ansiedad, los ataques de pánico o la evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicas no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, tal como, trastorno obsesivo-compulsivo, de estrés postraumático, de ansiedad por separación, fobia social, de pánico con agorafobia o agorafobia sin historial de trastorno de pánico.

Además, para indicar el objeto del miedo o evitación en la fobia específica, el DSM IV (2000) establece los tipos: animal, ambiente natural, sangre-inyección-lesión, situacional y otros.

Las diferencias del DSM III al IV fueron el cambio del nombre de la categoría de fobia simple al de fobia específica por razones de compatibilidad con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Además, se elevó el umbral del miedo en el criterio A, exigiendo que sea importante y excesivo o no razonable, así como persistente, debido a las revisiones de la literatura y de análisis de datos, se incluyeron tipos que describen el objeto de las fobias.

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 2000) indica que las fobias específicas se restringen a situaciones muy específicas y concretas, y su presencia pueden producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales.

Para un diagnóstico definitivo deben cumplirse todas las condiciones siguientes (OMS, 2000, pp.112-113):

A. Presencia de alguno de los siguientes:

1. Miedo marcado a un objeto o situación específicos, no incluidos en la agorafobia o en la fobia social.

2. Evitación marcada de un objeto o situación específicos, no incluidos en la agorafobia o en la fobia social.

B. Al menos dos síntomas de ansiedad en las situaciones temidas deben haberse presentado juntas en, al menos, una ocasión desde el inicio del trastorno, y uno de los síntomas debe haber sido de los enumerados entre 1 y 4 a continuación:

Síntomas autonómicos:

1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas de los miembros.
4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas en el pecho y abdomen:

5. Dificultad para respirar.
6. Sensación de ahogo.
7. Dolor o malestar en el pecho.
8. Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto).

Síntomas relacionados con el estado mental:

9. Sensación de mareo, inestabilidad, desvanecimiento o aturdimiento.
10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o que uno está lejos de la situación o "fuera de ella" (despersonalización).
11. Sensación de perder el control, de "volverse loco" o de perder el conocimiento.

12. Miedo a morir.

Síntomas generales:

13. Sofocos o escalofríos.
14. Sensación de entumecimiento u hormigueo.

C. Malestar emocional significativo ocasionado por los síntomas o la evitación, y el individuo reconoce que son excesivos o irracionales.

D. Los síntomas se limitan a la situación temida o a la contemplación de la misma.

Como puede observarse, la CIE-10 a comparación con el DSM IV, no establece para la infancia alguna característica especial de la fobia específica, ni criterios de intensidad y duración del miedo. Aunque, si exige la presencia simultánea de por lo menos 2 síntomas de ansiedad.

2.2.2. Conceptualización de la fobia específica

Actualmente, para el DSM-5 se modificó la redacción a los criterios diagnósticos para fobia específica del DSM IV, tal como se describe a continuación (APA, 2013, p.197):

A) Miedo intenso o ansiedad a un objeto o situación específicos (por ejemplo volar, precipicios, animales, administrarse una inyección, ver sangre).

Nota: En niños, el miedo podría ser expresado por lloriqueo, berrinches, inmovilidad o aferrarse a otra persona.

Esta recomendación operacionaliza el término “acusado” del DSM IV como “intenso” y elimina el descriptor “persistente” el cual es vago.

B) El objeto o situación casi invariablemente provoca una respuesta inmediata de miedo o ansiedad.

El término “objeto o situación” remplazó el término “estímulos”. Además, el término “miedo” es más adecuado que ansiedad para fobia específica dada la evidencia de que la fobia específica está caracterizada por una elevada repuesta de miedo agudo al estímulo fóbico en contraste a una elevada anticipación ansiosa que es más característica de otros trastornos de ansiedad.

C) El objeto o situación fóbico es activamente evitado o soportado con miedo intenso o ansiedad.

Anteriormente era el criterio D y se reorganizó para proveer consistencia con la estructura de otros diagnósticos de trastorno de ansiedad. Y para ser consistentes con el criterio A y B se utilizó el término “objeto o situación” en lugar del término “estímulos” y el término “malestar” fue eliminado por que es vago y podría bajar la

severidad del umbral. El término “activamente” se añade para elevar el umbral de diagnóstico.

- D) El miedo está fuera de proporción del peligro real que supone el objeto o situación específica y para el contexto sociocultural.

Se recomendó este nuevo criterio y eliminar el anterior que mencionaba que la persona tenía que reconocer que su miedo de la situación fóbica era excesivo o irracional, y está basada en evidencia que muestra que individuos mayores con fobias están frecuentemente infra diagnosticados debido a una sobre atribución de sus propios miedos a las limitaciones relativas a su edad. Además, la experiencia clínica sugiere que algunos individuos son juzgados por los que diagnostican como si exhibieran miedos excesivos o irrazonables, aunque los propios individuos niegan que su miedo es excesivo o irracional (LeBeau et al., 2010). Ya desde el DSM-IV-TR se señaló que el criterio de auto-reconocimiento no es necesario en los niños. La mayoría de los niños pequeños, tal vez debido al desarrollo de las capacidades cognitivas, creen que sus miedos y fobias son “reales”, y no son del todo irracionales. Por tanto este criterio es nuevo e intenta operacionalizar lo que es “excesivo e irracional” como “fuera de proporción” que se refiere al contexto sociocultural y es un juicio clínico más que un juicio propio.

- E) El miedo, ansiedad o evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Se consideró suprimir el criterio de deterioro funcional, aunque aún se estudian las implicaciones; eliminar este criterio mejoraría la confiabilidad diagnóstica pero tal vez a expensas de la validez. Esta decisión podría aumentar la prevalencia, sin embargo esta inflación se puede compensar con los criterios A y C que establecen que el miedo y/o evitación son intensos, activos y que son duraderos en el tiempo.

- F) El miedo y/o evitación es persistente, típicamente dura seis o más meses.

No está claro en este momento si la duración debe ser diferente para las personas menores de 18 años y las mayores de 18 años.

G) El miedo y/o la evitación asociada al objeto o situación circunscrita no se limita a otro trastorno mental, tal como agorafobia, trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación.

Se propuso una nueva redacción del criterio G del DSM-IV, para aumentar la coherencia en la terminología utilizada a través de los criterios de fobia específica, a través de los criterios de exclusión para otros trastornos de ansiedad y a los que están pendientes a cambios para el DSM-5.

Se plantea como especificadores:

- Animal (p.ej. arañas, insectos, perros).
- Ambiente natural (p.ej. alturas, tormentas, agua).
- Sangre-inyección-lesión (p.ej. jeringas, procedimiento médicos invasivos).
- Situacional (p.ej. aviones, elevadores, lugares cerrados).
- Otro (p.ej. situaciones que podrían dirigir a asfixiarse o a vomitar; en niños ruidos fuertes o personas disfrazadas).

LeBeau et al. (2010) realizaron una revisión de la literatura de 1994 a 2009 sobre la tipología del trastorno de fobia específica y sus características clínicas para establecer evidencia de su utilidad. En esta revisión se encontró que la edad de inicio, la prevalencia y el foco de miedo (disgusto-asco) son similares en los tipos de fobia animal y sangre-inyección-lesión. De la misma manera, se observa que el tipo ambiente natural y situacional son parecidos en la razón de género y el foco de miedo (peligro de daño), siendo el tipo situacional el que presenta el peor pronóstico. Además, se destaca que la respuesta fisiológica del miedo es similar para el tipo de fobia animal, situacional y ambiente natural. Esta respuesta implica una aceleración de la tasa cardiaca, mientras que para el tipo de sangre-inyección-lesión después de tal aceleración hay una subsecuente desaceleración e incremento en la probabilidad de desmayo. Finalmente, la comorbilidad y los factores de riesgo fueron las características clínicas más distintas entre los tipos de fobia específica. Por lo tanto, de los hallazgos encontrados en la revisión antes mencionada, se concluye que los tipos del trastorno de fobia específica son útiles y que investigaciones futuras sobre cada

uno de ellos podrían elucidar diferencias en la etiología, curso, comorbilidad y tratamiento, y se recomendó hacer un cambio menor, incluir la frase “otros procedimientos médicos invasivos” entre paréntesis seguido del descriptor del tipo Sangre-Inyección-Lesión.

Una vez conceptualizado el trastorno de fobia específica, es necesario revisar cuáles son las características tanto sociodemográficas y clínicas que se asocian con él. Por lo tanto, a continuación se aborda su prevalencia, curso, deterioro, factores de riesgo, comorbilidad y etiología.

2.2.3. Características sociodemográficas y clínicas del trastorno de fobia específica.

2.2.3.1. Prevalencia

Como se ha mencionado anteriormente, la fobia específica es uno de los trastornos mentales más prevalentes en México, 4% en adultos (Encuesta Nacional Mexicana de Comorbilidad, Medina-Mora, 2005) y 20.9% en adolescentes (Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, Benjet et al., 2009 a, b), ambos en los últimos 12 meses. Sin embargo, los datos existentes son muy dispares entre un país a otro, esta variabilidad se debe a aspectos como el tiempo de la prevalencia (alguna vez en la vida o en los 12 meses previos), si son niños, adolescentes o adultos, el instrumento utilizado, los criterios diagnósticos, así como los aspectos socioculturales.

De acuerdo a resultados de grandes estudios epidemiológicos en población general adulta como las encuestas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud y Encuestas Nacionales de Comorbilidad entre otras, encontramos que los países desarrollados tienen una prevalencia estimada a lo largo de la vida para fobia específica de 10.4% mientras que para países en vías de desarrollo es de 7.1% (Kessler et al. 2011). Del mismo modo se estimó que en EEUU en la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones relacionadas en el que se recolectaron los datos del 2001 al 2002 la prevalencia de la fobia específica fue de 7.1% en los últimos 12 meses y 9.4% alguna vez en la vida (Stinson et al. 2007), mientras que en la réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS-R) llevada a cabo del 2001 al 2003 se reportó en un 8.7% para los últimos 12 meses y 12.5%

para alguna vez en la vida (Kessler, 2005). Por otro lado, China, en la Encuesta de Salud Mental del 2006, tuvo una prevalencia de 1.9% para fobia específica en los últimos 12 meses (Shen et al. 2006). En la Encuesta de Salud Mental y Estudio de Incidencia de Holanda (NEMESIS) llevada a cabo en 1996 la fobia específica a lo largo de la vida fue de 10.1% (Depla, Have, Balkom & Graaf, 2007). Además, en Francia entre 2005 y 2006 se realizó una investigación sobre los trastornos psiquiátricos de estudiantes universitarios y mostró que en los últimos 12 meses el 4.6% de los estudiantes tenían fobia específica (Verger et al. 2010). Finalmente, en Canadá se llevó a cabo un encuesta transversal sobre la salud de los adultos mayores en la que se encontró que la fobia específica se presenta en un 2% en los últimos 12 meses (Grenier et al. 2011).

También, se han llevado a cabo estudios epidemiológicos en población general infantil y juvenil, aunque hay que reconocer que son menos en número que los realizados en población adulta. Por una parte, el Estudio Epidemiológico de Salud Mental para niños y adolescentes de Seúl Corea, que se realizó del 2005 al 2006 con niños y adolescentes de edades entre 6 y 17 años, mostró una prevalencia anual de 7.9% para fobia específica (Kim et al, 2010). En EEUU la réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad para adolescentes entre 13 y 18 años, reveló que el 19.3% de los jóvenes padecía fobia específica alguna vez en su vida (Merikangas et al. 2010). Finalmente, en Alemania, se hizo el Estudio Adolescente de Bremen (BJS) de 1996 a 1997 con adolescentes de 12 a 17 años de edad, que mostró una prevalencia de fobia específica a lo largo de la vida de 3.5% (Essau, Conradt & Petermann, 2000).

De acuerdo con la revisión de la literatura llevada a cabo por LeBeau et al. (2010), la distribución de los tipos de fobia específica fue de 3.3% a 5.7%, 4.9% a 11.6%, 5.2% a 8.4% y 3.2% a 4.5% para el tipo animal, ambiente natural, situacional y sangre-inyección-lesión, respectivamente. Sin embargo, se ha encontrado que esta distribución varía entre niños y adolescentes en comparación con los adultos y adultos mayores. Entre niños y adolescentes el tipo animal es el más frecuente seguido por ambiente natural o sangre-inyección-lesión y el situacional es el tipo menos común (Benjet et al., 2012; Essau, Conradt & Petermann, 2000; Kim et al, 2010). Mientras que para adultos y adultos mayores los menos comunes fueron

sangre-inyección-lesión y el tipo animal y toman importancia los tipos situacional y ambiente natural (Depla et al., 2008; Grenier et al. 2011; Kim et al, 2010; Stinson et al. 2007).

2.2.3.2. Sexo

Las investigaciones, con respecto al sexo, muestran una gran consistencia en plantear que, en comparación con los hombres, las mujeres reportan un mayor número de miedos y mayor probabilidad de presentar el trastorno de fobia específica (en una proporción de 2 a 1) desde la infancia hasta la vejez (Benjet et al., 2012; Essau, Conradt & Petermann, 2000; Grenier et al. 2011; Kim et al, 2010; Stinson et al. 2007). Estas diferencias de sexo podrían ser explicadas por la transmisión social de miedos y fobias a través de modelos de rol, donde el temor es socialmente menos aceptable para los hombres ya que se espera que sean valientes, en comparación con las mujeres de las que se espera que sean nerviosas y miedosas. Es decir, las diferencias de género podrían reflejar diferencias reales en el miedo o por un sesgo de información reflejar diferencias en la disposición para admitir el miedo (Benjet et al., 2012 a, b; Essau, Conradt & Petermann, 2000; Ollendick et al., 2010). En su revisión, LeBeau *et al.* (2010) encontraron que la razón de género, en diferentes investigaciones, fue mayor para mujeres en el tipo animal, ambiente natural y situacional, mientras que para sangre-inyección-lesión fue mixto.

2.2.3.3. Curso de la enfermedad

Por otra parte, también existe consenso, de que la fobia específica pertenece a uno de los trastornos con un inicio muy temprano, iniciando su aparición en la infancia o en la adolescencia según el subtipo del que se trate. De esta manera, la edad de inicio oscila entre los 5 y 21 años, las edades más pequeñas de inicio fueron para el subtipo animal y sangre-inyección-lesión y edades más elevadas para el tipo ambiente natural y situacional (Becker et al. 2007; Depla et al., 2008; LeBeau et al., 2010; Medina-Mora et al., 2003; Stinson et al., 2007). Por ejemplo, en el estudio de Lipsitz et al. (2002) el 90% de las fobias a animales, el 84% de las fobias a la sangre/inyecciones y el 67% de las fobias de tipo ambiente natural (alturas) empezaron en la infancia (\leq 12 años) en comparación a sólo el 18% de las fobias de tipo situacional (conducir,

ascensores, espacios cerrados). Además, si se distingue la edad del comienzo del miedo y/o evitación y la edad de comienzo de la fobia, en promedio pasan 9 años. Por ejemplo en el tipo animal la edad de inicio de los miedos fue a los 11 años y 20 para el inicio de la fobia, para sangre/inyección 8 años para el miedo y 14.5 para la fobia, para el inicio del miedo a conducir fue 25.5 años y para el inicio de la fobia 32 años y las alturas tuvieron su inicio del miedo a los 20.5 y 34 en el inicio de la fobia (Antony, Brown & Barlow, 1997; Becker et al. 2007; Depla et al., 2008; LeBeau et al., 2010; Medina-Mora et al., 2003; Stinson et al., 2007 ; Lipsitz et al., 2002).

Aunque se había afirmado que los miedos fóbicos pueden remitir sin tratamiento en la infancia y la adolescencia, la tendencia general no parece ser ésta; no obstante, en los hombres suele haber una importante disminución de las fobias en la adolescencia (Sandín, 1997). En los adultos, el trastorno tiende a ser crónico a no ser que se reciba tratamiento; en concreto, la remisión espontánea en la vida adulta se calcula en alrededor del 20% (American Psychiatric Association, 1994/1995). Y la duración media de este padecimiento se estima entre 4.6 a 22.9 años (Becker et al. 2007; Depla et al., 2008; Stinson et al., 2007).

Por otra parte, parece ser que cuanto mayor es el número de fobias específicas o miedos específicos acompañando a estas, menor es la probabilidad de recuperación. Es decir, múltiples miedos se asocian a altos niveles de deterioro, comorbilidad y con los cursos más desfavorables de la enfermedad (Benjet et al., 2012; Curtis et al., 1998; Depla et al., 2008; Essau, Conradt & Petermann, 2000; Stinson et al., 2007). En algunas encuestas epidemiológicas se ha reportado que la proporción de deterioro severo es baja, encontrando diferencias entre adolescentes y adultos, donde los últimos experimentan tasas más elevadas de deterioro que los adolescentes (Benjet, et al., 2012). Y otros estudios más revelan alta frecuencia en el deterioro funcional, especialmente en el subtipo situacional, e incluso en los que sólo tienen miedo (Depla et al., 2008; Essau, Conradt & Petermann, 2000; Grenier et al. 2011; Stinson et al., 2007).

2.2.3.4. Deterioro

Varios estudios de adultos con fobia específica sugieren incremento en los niveles de deterioro y calidad de vida reducida. Por ejemplo, Mogotski, Kaminer y Stein (2000) reportaron que los adultos con fobia específica, en el Estudio Nacional de Comorbilidad, eran más propensos a experimentar deterioro en educación, empleo y en su calidad de vida total, aún en la ausencia de comorbilidad significativa. Además, Alonso et al. (2004) encontró que los adultos con fobia específica tienen más días de trabajo perdidos, más pobre calidad de vida física y mental que aquellos que no tienen ningún trastorno en absoluto. De la misma forma, el 57.4% de los adultos mayores con fobia específica presentaron deterioro significativo en su funcionamiento, reportaron más problemas crónicos de salud física, comorbilidad con trastornos de ansiedad, depresivos y mayor uso de benzodiazepinas, además de presentar evitación aunque no reconocieron lo excesivo de sus miedos (Grenier et al. 2011). Asimismo, Depla et al. (2008) reportaron que, entre los individuos que tenían fobias específicas de tipo situacional, los que tenían miedo a estar solos tuvieron una alta probabilidad de buscar ayuda profesional, tomar medicamentos, experimentar una importante interferencia en la vida diaria y en el funcionamiento social. En orden descendiente, de acuerdo a la interferencia en la vida diaria y en el funcionamiento social, después del miedo a estar solo el que muestra más deterioro es el miedo a los lugares cerrados, seguido por el miedo a las alturas, al agua, a la sangre, a volar, y a los animales. Los individuos con fobia específica de tipo medio ambiental, en particular los que tuvieron miedo a las tormentas, mostraron menor deterioro. Finalmente, Essau, Conradt & Petermann (2000) encontraron que todos los individuos de 12 a 17 años con fobia específica evitaron el objeto o situación temida y mostraron deterioro en sus actividades diarias durante el peor episodio de su trastorno, y 80% percibió sus miedos como excesivos e irracionales. Además, en el último mes, un número significativo de ellos tuvieron deterioro en la escuela, ocio y contacto social. A pesar del alto nivel de deterioro, sólo una pequeña proporción buscó y recibió ayuda profesional. Con respecto al tipo de fobia, LeBeau et al. (2010) reportaron que el tipo situacional es el que busca ayuda profesional, medicación e interfiere con la vida diaria y social.

2.2.3.5. Factores de riesgo

Hasta la fecha, son muy pocos los estudios prospectivos de los que se tengan conocimiento, que identifican predictores o factores de riesgo de la fobia específica. Un estudio que siguió a mujeres entre 18 y 25 años, en dos puntos del tiempo separados por aproximadamente 17 meses, encontró que altos niveles de psicopatología preexistente, carencia de habilidades de afrontamiento y un estilo cognitivo negativo fueron los más fuertes predictores de incidencia de fobia específica (Trumpf, Margraf, Vriends & Becker, 2010a). Otro estudio de investigación sobre la historia de psicopatología parental, abuso infantil, locus de control externo y neuroticismo encontró que estos determinantes predicen la incidencia de fobia específica para algunos tipos de miedo, por ejemplo, para miedo a las alturas, al agua, a los espacios cerrados y estar sólo (Depla et al., 2008). Además, anteriormente a este estudio, ya se había reportado que la depresión parental (Lieb et al., 2002) y los ataques de pánico (Goodwin et al., 2004) pronostican la incidencia de este padecimiento. Sobre los factores de riesgos para los tipos de fobia específica, LeBeau et al. (2010) en su revisión encontraron que mujeres de bajo nivel educativo presentan el tipo sangre-inyección-lesión. Asimismo, un estudio que exploró los efectos de las experiencias negativas en la vida sobre la aparición de la fobia, reportó que dos experiencias crónicas durante la infancia tienen efectos sobre la aparición de fobia específica: violencia a manos de uno o más adultos y agresión verbal entre padres (Magee, 1999). Por último, es importante resaltar que Beck (1976) y Bandura (1977) sugirieron que las personas con algún tipo de fobia manifiestan cogniciones erróneas y exageradas, así como bajas expectativas de autoeficacia. Lo cual se ha confirmado en el estudio de Ollendick et al. (2010) en el que encontró que la población infantil y juvenil con fobia animal y fobia al ambiente natural muestran altas expectativas de peligro, certeza elevada de que los eventos que temían realmente ocurrirían, así como bajas expectativas para hacer frente a las situaciones fóbicas o acontecimientos que pudieran producirse.

Con respecto a factores protectores, la actividad física regular está asociada con riesgo reducido para la incidencia de fobia específica (Ströhle et al., 2007). Asimismo, se encontró que factores protectores, como la salud mental positiva, el apoyo social, la

autoeficacia y la satisfacción en la vida están implicados en la remisión de este trastorno (Trumpf, Becker, Vriends, Meyer & Margraf, 2009).

Resumiendo, investigaciones anteriores identificaron muy pocos factores asociados con la incidencia de la fobia específica, mientras que la fobia específica a su vez ha sido reportada como un factor predictor de otras psicopatologías (Trumpf, Margraf, Vriends & Becker, 2010b).

2.2.3.6. Comorbilidad

En estudios de infantes y jóvenes, de adultos y adultos mayores se ha encontrado que es muy común la coocurrencia de fobia específica con otros trastornos de ansiedad, tales como otras fobias específicas, trastorno de pánico y agorafobia, fobia social, ansiedad generalizada, obsesivo compulsivo y ansiedad por separación (Depla et al, 2008; Essau, Conradt & Petermann, 2000; Kim et al, 2010; Ollendick et al. 2010; Stinson, et al, 2007) porque comparten características como el circuito del miedo (Brown et al., 2001; Essau, 2003; Etkin & Wager, 2007; Shin & Liberzon, 2010).

También, se ha documentado que hay una considerable comorbilidad entre la fobia específica y otras psicopatologías no ansiosas, en particular con el trastorno de depresión y por uso de sustancias para adultos y con trastorno oposicionista desafiante y déficit de atención con hiperactividad y el somatomorfo para población infantil y juvenil (Becker et al. 2007; Depla et al., 2008; Essau, Conradt & Petermann, 2000; Kim et al, 2010; Ollendick et al. 2010; Stinson et al., 2007; Trumpf et al., 2009). Con respecto a la coocurrencia con los trastornos del ánimo, investigaciones sugieren que esto podría ser el resultado de que comparten vulnerabilidad de afecto negativo (Craske, 2003) e hiper-activación (Joiner et al., 1999).

Para el caso particular de México (Benjet et al., 2012), los trastornos individuales comórbidos en orden de magnitud descendiente fueron anorexia (RM=5.6), trastorno de abuso con dependencia de alcohol (RM=3.5), agorafobia (RM=2.2), bulimia (RM=2.1), trastorno de pánico (RM=2.0), fobia social (RM=1.9) y trastorno oposicionista desafiante, bipolar (cada uno con RM=1.5) y trastorno depresivo mayor (RM=1.4).

Por otra parte, la comorbilidad por tipos de fobia específica muestra que, las fobias situacionales presentan tasas más altas de co-ocurrencia que en los que presentan otro tipo de fobias (animal, sangre-inyección-lesión) (Brown et al., 2001). En otro estudio, con población infantil y juvenil se encontró que tener fobia específica animal muestra comorbilidad con trastorno oposicionista desafiante, mientras que, si se tiene el tipo de fobia específica sangre-inyección-lesión se presentan altos puntajes para problemas de atención y conducta agresiva, finalmente, para el tipo ambiente natural concurre con altos puntajes para problemas ansiosos, depresivos y sociales, atencionales y de conducta (Kim et al., 2010).

Referente a los tipos de fobia específica, LeBeau et al. (2010) reportaron que el tipo de fobia animal presenta comorbilidad con el trastorno de depresión; el tipo ambiente natural se ha relacionado con el trastorno de depresión y en el caso particular de las mujeres con otro trastorno de ansiedad; el tipo situacional se ha vinculado a la presencia de trastornos afectivos, de uso de sustancias y ataques de pánico; finalmente el tipo sangre-inyección-lesión es el que muestra una comorbilidad con un número mayor de trastornos como abuso de marihuana, depresión, trastorno de pánico, obsesivo compulsivo, agorafobia y ansiedad por separación.

2.2.3.7. Etiología

Muris, Merckelbach, Jong & Ollendick (2002) hacen hincapié en una etiología multifactorial de las fobias específicas. Ésta se basa en la suposición de que existe una continuidad entre temores normales de desarrollo y fobias específicas. Sin embargo, mientras que los miedos infantiles son frecuentes, también son fenómenos transitorios en la mayoría de los niños (Gullone, 2000; Lichtenstein & Annas, 2000; Ollendick et al., 2002; Valiente, Sandín & Chorot, 2010), aunque en una minoría de niños los temores tienden a radicalizarse debido a una vulnerabilidad genética (Van Houtem et al., 2013). Esta vulnerabilidad genética puede manifestarse en ciertos patrones de comportamiento, por ejemplo, la inhibición de la conducta y la sensibilidad al asco (Haidt, McCauley & Rozin, 1994; Page, 2003; Sawchuk, Lohr, Tolin, Lee & Kleinknecht, 2000; Woody, McLean, & Klassen, 2005). Los factores ambientales o experiencias de aprendizaje (Rachman, 1977), como condicionamiento, el modelado,

la información negativa, y las experiencias de incontrolabilidad, interactúan con los miedos normales de desarrollo y con la vulnerabilidad de base genética, para producir patrones de comportamiento extremadamente persistentes, temores que finalmente toman la forma de una fobia específica. Una vez que existe una fobia específica, se mantiene por mecanismos cognitivos como el sesgo atencional y de covariación (Gerdes, Alpers y Pauli, 2008; Mogg, Bradley, Miles y Dixon, 2004; Mühlberger, A., Wiedemann, G., Herrmann, M.J. y Pauli, P., 2006).

3. Planteamiento del problema

La encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (2005) puso en evidencia la alta prevalencia de los trastornos mentales y el poco uso de servicios, frente a esta problemática, resaltó la importancia de realizar un estudio de seguimiento que diera respuesta a si las trayectorias de tales padecimientos y sus factores de riesgo están relacionadas con las diferentes etapas del desarrollo. En particular, es importante profundizar en el trastorno de fobia específica ya que es el más frecuente tanto en adolescentes como en adultos y a su vez uno de los menos estudiados y por ende menos tratado en México.

La fobia específica provoca un intenso y persistente miedo o ansiedad ante objetos o situaciones específicas que interfiere con el funcionamiento psicosocial de quien lo padece. El estado psicológico resultante del constante malestar, evitación o anticipación del evento estresante en el que se encuentre la persona, puede tener repercusiones en su salud física y mental, que debería ser detectada y atendida de manera oportuna.

La fobia específica pertenece a uno de los trastornos de inicio muy temprano, principalmente en la infancia, y aunque en el pasado se había afirmado que remitía sin tratamiento, actualmente existe evidencia científica que plantea que persiste hasta la edad adulta. Al mismo tiempo, se ha encontrado que este padecimiento no sólo tiene una alta comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, afectivos y por uso de sustancias, sino que podría ser un factor predictor de éstas y otras psicopatologías. Por lo tanto, es prioritario diagnosticar temprana y adecuadamente este trastorno para evitar las complicaciones antes descritas.

Los factores de riesgo hasta el momento detectados son: altos niveles de psicopatología preexistente (p.ej. ataques de pánico), carencia de habilidades de afrontamiento (índice general de formas individuales de los participantes de hacer frente a los problemas y las medidas combinadas de: afrontamiento centrado en la emoción y afrontamiento centrado en el problema) y un estilo cognitivo negativo (que agrupa sensibilidad a la ansiedad, miedo a sensaciones corporales y actitudes

disfuncionales), la historia de psicopatología parental (principalmente depresión), abuso infantil, locus de control externo y neuroticismo. Y los factores protectores para incidencia o remisión son actividad física regular, salud mental positiva, el apoyo social, la autoeficacia y la satisfacción en la vida.

Partiendo de este panorama y poniendo en evidencia que en nuestro país es uno de los trastornos menos estudiados, resulta una prioridad estudiar a profundidad la trayectoria, los factores de riesgo en los diferentes desenlaces, el deterioro funcional y posibles complicaciones de salud mental en los adultos jóvenes que tiene fobia específica.

4. Pregunta de Investigación

¿Cuál es la incidencia, persistencia o remisión de fobia específica y qué factores de riesgo y características sociodemográficas se asocian a cada desenlace, de la adolescencia a la adultez temprana?

5. Justificación

El trastorno de fobia específica es un problema de salud mental pendiente en población mexicana, no sólo porque es una psicopatología muy frecuente y poco atendida sino porque ha sido de las menos estudiadas. Por tanto, es de gran relevancia científica, conocer la incidencia, persistencia o remisión del trastorno de fobia específica, identificar tanto factores de riesgo como características sociodemográficas que se relacionan con estos desenlaces y valorar las complicaciones de salud mental en los jóvenes adultos que tienen fobia específica.

Este conocimiento podría ser útil para la implementación de medidas preventivas, para el diagnóstico temprano y adecuado, así como para orientar las intervenciones clínicas y de vigilancia que contribuyan a restablecer la salud mental y calidad de vida de las personas que tiene fobia específica. Finalmente, podría permitir

una adecuada planeación en políticas y servicios de salud que coadyuven a disminuir la carga global de esta enfermedad y finalmente disminuir los gastos que podrían generarse al no ser atendida.

6. Objetivos de la investigación

6.1. Objetivo General:

Identificar la trayectoria del trastorno de fobia específica a 8 años de su detección.

6.2. Objetivos específicos:

- Estimar la persistencia o remisión e incidencia del trastorno de fobia específica en un período de ocho años.
- Identificar los factores de riesgo para la persistencia e incidencia de fobia específica en la adultez temprana.
- Evaluar las consecuencias negativas de la presencia de fobia específica en la infancia y/o adolescencia en la adultez temprana.

7. Hipótesis

- Una proporción mayor de adultos jóvenes remitirá en comparación con los casos que persistirán en el tiempo.
- Las mujeres con: trastornos comórbidos, familiares de primer grado con fobia específica, que tuvieron mayor deterioro y alguna adversidad crónica tendrán un mayor riesgo de persistir con el trastorno de fobia específica hasta la adultez temprana.
- Las mujeres con más miedos y criterios diagnósticos (síntomas), con psicopatología preexistente y adversidades crónicas tendrán un mayor riesgo de desarrollar el trastorno de fobia específica en la adultez temprana

8. Método

8.1. Diseño de investigación y tipo de estudio

Se empleó un diseño observacional de tipo longitudinal prospectiva a 8 años, ya que se realizó una evaluación de seguimiento al mismo grupo de sujetos de la encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente en el 2005 y se recogió información sobre el cambio o diferencias en las variables estudiadas en el 2013 (Figura 1).

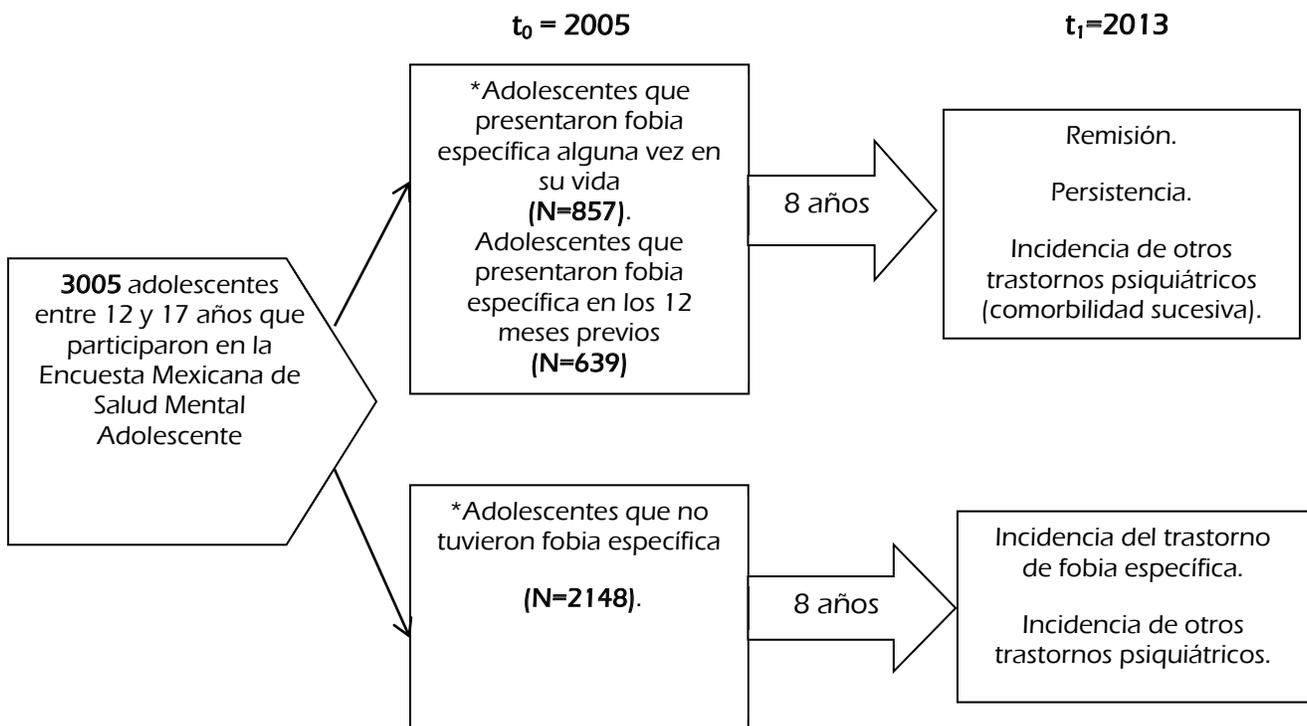


Figura 1. Diseño del estudio.

8.2. Participantes

Jóvenes adultos que vivían, en el momento de la segunda encuesta, en la Ciudad de México y Área Metropolitana que participaron en la encuesta Mexicana de Salud mental Adolescente en el 2005 y que se contaban con datos para su localización. El rango de edad de los adultos jóvenes fue entre 19 y 26 años de edad, debido a que algunos individuos se encontraban a pocos días de cumplir los 20 años o recientemente acababan de cumplir 26.

8.3. Escenarios

Se entrevistaron cara a cara por un entrevistador no clínico en sus hogares.

8.4. Criterios de Selección

8.4.1. Criterios de Inclusión

Hombres y mujeres entre 19 y 26 años de edad que participaron en la encuesta del 2005.

Jóvenes adultos que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y firmaron la carta de consentimiento informado.

8.4.2. Criterios de Exclusión

Jóvenes adultos que hayan sufrido una lesión neurológica grave que les impida responder la entrevista.

Jóvenes adultos que estuvieron en estado de ebriedad o bajo la influencia de drogas lo que impidió que respondieran de manera fidedigna la entrevista.

8.5. Muestreo

En el seguimiento de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente del 2013, se buscó a los 3005 participantes de la población total del 2005, no obstante, sólo 91.9% (n=2763) de ellos proveyeron información de contacto en la primera entrevista. Por lo tanto, entre aquellos hogares de los que si teníamos información, 89.4% (n=2470) fueron localizados confirmando que el participante vivió o vivía ahí. De estos hogares y participantes identificados, 30% (n=742) no pudo ser entrevistado porque el contacto de la casa no quiso dar información (25.1%), porque los participantes se habían mudado a otra ciudad, estado o país (4.1%), habían fallecido (0.5%), estaban hospitalizados (0.2%) o estaban en la cárcel (0.1%). Del 70% (1728) restante, 7.4% (n=128) rechazó participar, 29.9% (n=517) no se encontraban en casa en cualquiera de las visitas o aplazaban la entrevista, y 0.7% (n=12) fueron entrevistas incompletas. En consecuencia, se obtuvo una tasa de respuesta del 62.0% de los participantes que era posible entrevistar, aunque esto fue 35.6% de la muestra de la primera encuesta (ver figura 2). Durante el seguimiento se obtuvieron un total

de 1071 entrevistas completas de adultos jóvenes que tuvieron entre 19 y 26 años, residentes de la Ciudad de México y área conurbada. Los participantes que respondieron representan principalmente a las mujeres, a los que estudiaban durante la adolescencia y a los que vivían con ambos padres a la vez que los ingresos de sus padres eran altos o medios. No obstante, se llevó a cabo un procedimiento estadístico de ponderación para corregir el sesgo asociado a la atrición, de tal forma que los resultados se extrapolen a los 3005 participantes del 2005, toda vez que el sesgo no se relacionó con variables de interés para el estudio.

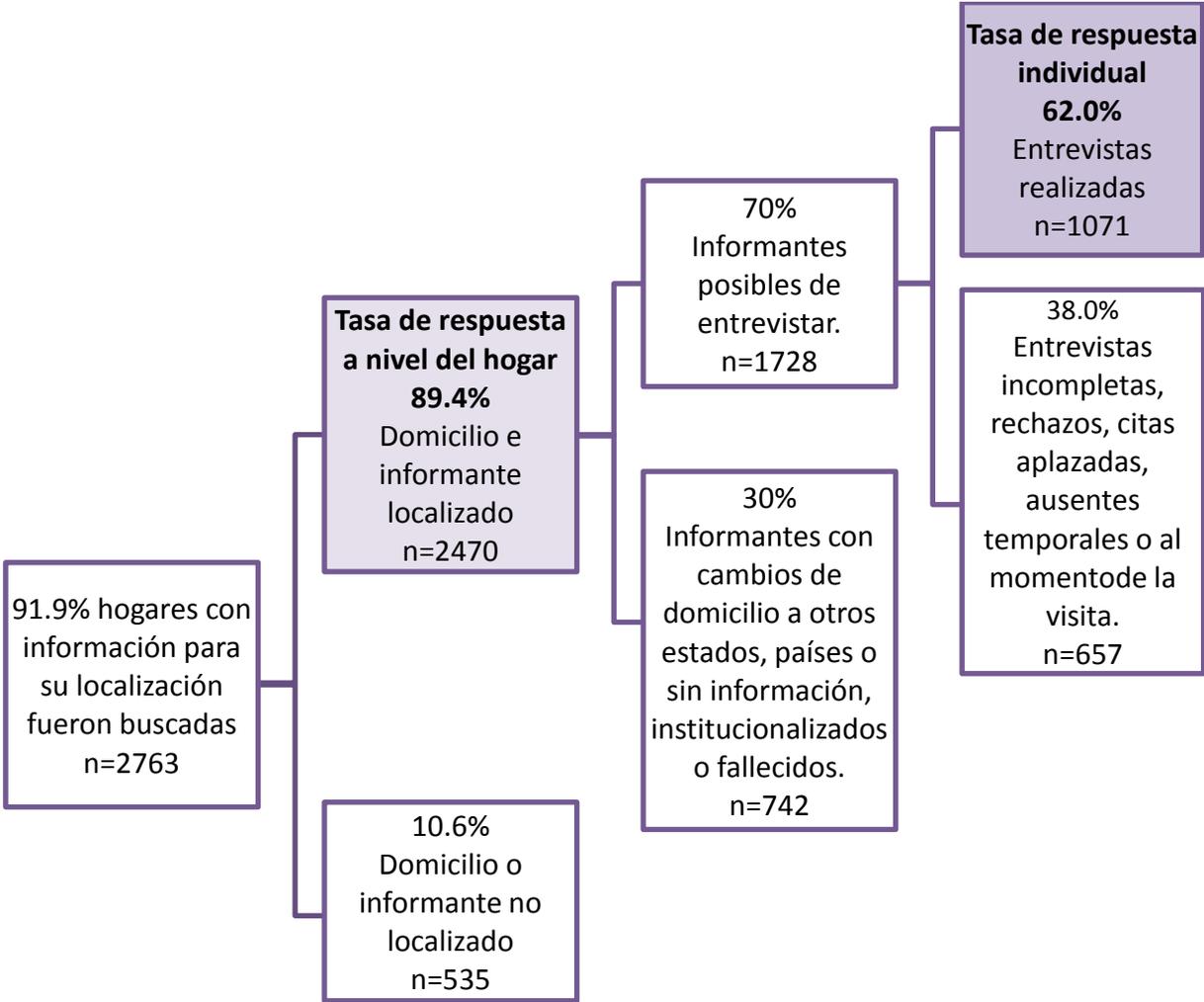


Figura 2. Proporciones del resultado de la visita al domicilio y seguimiento del informante.

Es importante tomar en cuenta, que el diseño de la muestra original (Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente 2005) fue probabilístico, multietápico y estratificado para representar 1,834,661 adolescentes entre 12 y 17 años de edad residentes de la Ciudad de México y área conurbada en aquel entonces. Como marco de muestreo se utilizó la confirmación del Área Metropolitana de la Ciudad de México, con datos poblacionales del XII Censo General de Población y Vivienda, que realizó el INEGI en el año 2000, con los que se integró a las 16 delegaciones del Distrito Federal y los 16 principales municipios del Estado de México conurbados al Distrito Federal. En todos los estratos, las unidades primarias de muestreo fueron las Áreas Geoestadística Básica (AGEB) cartográficamente definidas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI; 2000) de los cuales se seleccionaron 200 AGEB, de estas AGEB se seleccionaron 4 manzanas, o grupos de manzanas, ambas selecciones fueron con probabilidad proporcional al tamaño. Luego se realizó un censo de todos los hogares dentro de estas manzanas seleccionadas para identificar a hogares con adolescentes entre 12 y 17 años de edad. Un miembro elegible de cada uno de estos hogares se seleccionó al azar utilizando el método de KISH de tablas de números aleatorios. Los respondedores elegibles fueron aquellos entre 12 y 17 años, que hablaban español y normalmente vivían, comían y dormían en el hogar. La tasa de respuesta final de la muestra original fue de 71% por un total de 3005 entrevistas completas con adolescentes.

8.6. Definición conceptual y operacional de variables

8.6.1. Variable Dependiente

Fobia específica

Es un tipo de trastorno de ansiedad que agrupa síntomas de miedo intenso y persistente que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia de un objeto o situación específicos. Y ante la exposición o anticipación al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Puede tomar la forma de un ataque de pánico situacional relacionada con una situación específica. Además, la persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Por otro lado, las situaciones fóbicas se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar. Asimismo, la evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados por las situaciones temidas interfieren significativamente con la rutina normal de la persona, con sus actividades laborales o académicas, o con sus relaciones sociales, asimismo hay malestar intenso por tener una fobia. Finalmente, el trastorno de fobia específica no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (APA, 2000).

La confirmación del diagnóstico fue hecha a través de un algoritmo que se basa en los criterios diagnósticos del DSM IV, para tener comparabilidad en las encuestas del 2005 y del 2013. Se incluyó edad de inicio, última ocasión del trastorno de fobia específica, así como el deterioro asociado a éste.

Se definió como caso incidente cuando los participantes no tuvieron el trastorno de fobia específica alguna vez en la vida en el 2005 y que en la encuesta del 2013 reportaron presentar fobia específica posterior al 2005.

Se definió como caso persistente cuando los participantes tuvieron el trastorno de fobia específica en los últimos 12 meses en el 2005 y tuvieron el trastorno de fobia específica en los últimos 12 meses en el 2013.

Se definió como caso en remisión cuando los participantes tuvieron el trastorno de fobia específica en los últimos 12 meses en el 2005 y no tuvieron el trastorno de fobia específica en los últimos 12 meses en el 2013.

8.6.2. Variables Independientes

Sociodemográficas.

Variable que determina las características socio-demográficas de cada participante. En este caso serán: sexo, estado civil, escolaridad, situación laboral, presencia de hijos y vivir con ambos padres.

Factores de riesgo.

Característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud (Lilienfeld & Stolley, 1994) y se tomaron en cuenta tener psicopatología preexistente o comorbilidad y adversidades crónicas.

Psicopatología preexistente. Presentar alguno de los 17 trastornos psiquiátricos (trastornos de ánimo: depresión mayor, distimia, trastorno bipolar I y II; trastornos de ansiedad: fobia social, pánico, agorafobia sin pánico, ansiedad de separación, ansiedad generalizada y estrés postraumático; de conducta: oposicionista desafiante, conducta, déficit de atención e hiperactividad y explosivo-intermitente; y por uso de sustancias: abuso de alcohol y drogas y abuso con dependencia de alcohol y drogas) evaluados en la línea basal, a través de los criterios diagnósticos del DSM IV.

Comorbilidad. Se definió comorbilidad cuando en presencia del trastorno de fobia específica en línea base se diagnosticaba otro de los 17 trastornos psiquiátricos evaluados.

Adversidades Crónicas. Se evaluaron doce adversidades antes de los 18 años, incluyendo tres tipos de pérdida interpersonal (muerte de los padres, divorcio de los padres, separación de los padres), cuatro tipos de desajuste de los padres (enfermedad mental, abuso de sustancias, criminalidad, violencia), el maltrato (abuso físico, abuso sexual, negligencia), tener una enfermedad física que pone en peligro la vida, y adversidad económica familiar. Las preguntas sobre la muerte de los padres, el divorcio y otras pérdidas incluyen padres biológicos. La delincuencia de los padres fue evaluada con preguntas sobre delitos contra la propiedad y encarcelamiento, y la adversidad económica con preguntas acerca de si la familia a menudo no tenía suficiente dinero para pagar por las necesidades básicas de la vida. El abuso sexual fue evaluado con preguntas sobre caricias o tocamientos repetidos no deseados, intento

de violación o violación. La enfermedad mental de los padres (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de personalidad antisocial) y abuso de sustancias fueron evaluadas con los criterios de diagnóstico de historia familiar reportado por los hijos. La negligencia fue evaluada con preguntas usadas en la investigación del bienestar infantil sobre la frecuencia de no tener comida, ropa o cuidado médico adecuados, tener una supervisión inadecuada, y tener que hacer tareas inadecuadas para la edad. Finalmente, la enfermedad física de la infancia que amenazaba la vida se evaluó con una lista estándar de verificación de las condiciones crónicas.

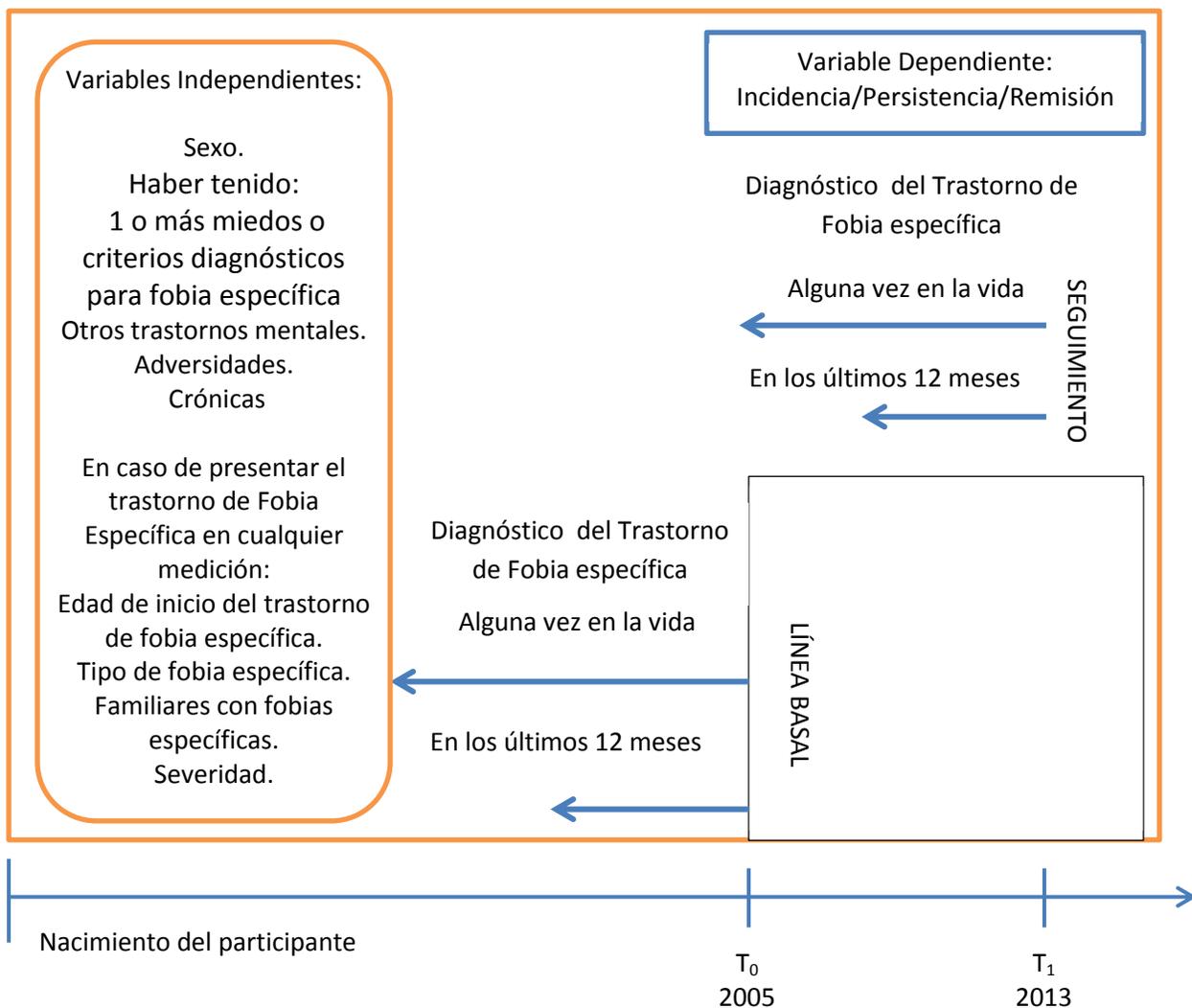


Figura 3. Marco conceptual.

8.7. Instrumento

Se utilizó la versión computarizada de la Entrevista Internacional Psiquiátrica Compuesta de la Organización Mundial de la Salud (World Mental Health Composite International Diagnostic Interview; WMH-CIDI; Kessler y Ustun, 2004), misma que se utilizó para la primera medición. Ésta es una entrevista estructurada instalada en una computadora portátil y aplicada en los hogares de los participantes cara a cara por entrevistadores legos en el área de la salud y entrenados en el uso adecuado del mismo. Las secciones del WMH-CIDI que se utilizaron para este estudio es la de fobia específica (ver anexo 1) y sus respectivos módulos de seguimiento que proporcionan diagnósticos para 20 trastornos psiquiátricos, entre ellos los grupos de trastornos de ánimo, de ansiedad, de conducta, de inicio en la infancia y por uso de sustancias. Así mismo otros módulos importantes para este estudio como el Listado de Hogares, Matrimonio, Redes Sociales de Apoyo, Demografía y Niñez.

La validación del CIDI 3.0 fue hecha en Francia, España, Italia y EU (Haro et al., 2006), aunque se ha utilizado en más de 25 países, los resultados indicaron una validez moderada en la concordancia de la prevalencia de trastornos mentales en el transcurso de la vida, en un rango de 0.7-0.8 de AUC (Area Under the Curve), esta medida se refiere a la probabilidad de que un caso clínico seleccionado aleatoriamente sea calificado más alto en el CIDI que un no caso seleccionado aleatoriamente.

Las ventajas de la versión computarizada son muchas. La eliminación de la etapa de introducir datos en la computadora después de haberlos capturado en papel disminuye los errores atribuibles a este proceso. La versión computarizada incorpora chequeos de consistencia lo cual permite que las inconsistencias causadas por errores de dedo del entrevistador o errores de memoria del entrevistado se resuelvan. La versión computarizada también permite rutas individualizadas por la entrevista según características del entrevistado o sus respuestas a ciertas preguntas. La entrevista tarda en promedio 2 ½ horas. Para este seguimiento se tuvo que volver a programar el instrumento para indagar sobre lo sucedido desde el 2005 al 2013, es decir en los 8 años transcurridos desde la primera medición.

8.8. Consideraciones éticas

El proyecto fue sometido y aceptado por las comisiones científicas y de ética del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. A los adultos jóvenes que aceptaron participar se les dio el consentimiento informado (ver anexo 2), para lo cual se les explicó de qué se trataba el estudio, cuál sería su participación, se les informó sus derechos durante y después de la entrevista, además, se les aseguró la confidencialidad de sus respuestas y se resolvieron sus dudas. Finalmente se les proporcionó información sobre centros de atención donde pudieran buscar ayuda si lo deseaban, así como un resumen de los resultados de la primera encuesta. Cuando fue necesario también se les explicó lo mismo a los padres (ver anexo 3).

8.9. Procedimiento

Para el trabajo de campo se contrató una empresa para encuestas de investigación en México. Por lo tanto, se llevó a cabo la capacitación en el manejo y desarrollo de la aplicación del cuestionario, a 28 entrevistadores experimentados en proyectos similares, de los cuales 5 fueron seleccionados como supervisores y se conformaron 5 equipos con los 23 entrevistadores restantes.

Posteriormente, se buscó a los participantes seleccionados en sus casas, a través de las direcciones y números telefónicos de ellos o de un re-contacto proporcionado por ellos mismos en el 2005. Se visitaron los hogares, desde 1 hasta 7 veces en horarios diferentes, se dejaron avisos de visita con números telefónicos para que solicitaran una cita. Si no se les encontraba en el domicilio y se contaba con algún número telefónico de su casa o de algún re-contacto se les llamaba para obtener una cita o nuevo domicilio del participante. Después de localizarlos y explicarles el estudio, se les pidió su consentimiento informado. A los que aceptaron participar se les realizó la entrevista en su hogar y se les entregó un folleto con resultados de la encuesta del 2005 y una tarjeta con centros de atención. Para aquellos que ya no vivían en la Ciudad de México y Área Metropolitana, cuando fue posible se les pidió a sus familiares el lugar y motivo de su cambio de residencia (lugar: migración dentro de la República Mexicana o migración a otro país; motivo: institucionalización, encarcelamiento, otro); sin embargo únicamente se re-entrevistó a aquellos que

vivían en la Ciudad de México y Área Metropolitana y que no estuvieron institucionalizados al momento de la visita.

El trabajo de campo fue supervisado por personal de la organización contratada y por personal del Instituto Nacional de Psiquiatría, adicionalmente se realizaron análisis de consistencia de las entrevistas realizadas para detectar anomalías.

Se llevó a cabo la limpieza de la base de datos, se calcularon ponderadores para equilibrar y expandir los datos a la población de la primera encuesta.

8.10. Análisis de los datos

Con la finalidad de evaluar el posible sesgo de no respuesta del estudio, se obtuvieron frecuencias, proporciones y pruebas de X^2 que detectaran diferencias, entre aquellos individuos re entrevistados y los que no fueron re entrevistados en el 2013, para algunas variables sociodemográficas y clínicas del 2005. Las variables detectadas como sesgadas se utilizaron para calcular un ponderador o factor de ajuste de no respuesta para garantizar que los participantes del seguimiento representen a los participantes de la primera encuesta. Para establecer la trayectoria de trastorno se llevaron a cabo frecuencias y porcentajes ponderados. Para estimar las asociaciones entre factores de riesgo con la incidencia/persistencia del trastorno de fobia específica y determinar las consecuencias negativas de haber tenido el trastorno de fobia específica en la infancia o en la adolescencia, se calcularon riesgos relativos a partir de predicciones marginales promedio en modelos ajustados de regresión logística (ver anexo 4). Se utilizó el paquete de software 11.0.1 SUDAAN.

9. Resultados

9.1. Cálculo del ponderador

Ajuste de no respuesta.

Esta encuesta como cualquier otra, tuvo dificultades en el proceso de contactar y lograr la cooperación de todos los hogares seleccionados de la muestra. De tal forma que, de los 3005 adolescentes entrevistados en el 2005, en el seguimiento se lograron concretar entrevistas en 1071 de ellos.

Debido a este proceso, es de gran relevancia hablar del “sesgo de no respuesta”, el cual se produce si los individuos que responden a la encuesta difieren sistemáticamente de los que no responden en características que son de interés para el estudio, provocando que las estimaciones poblacionales obtenidas a partir de la muestra de sujetos que responden también difieran de las estimaciones que se habrían obtenido si el total de la muestra hubiera respondido a la encuesta.

Como no es posible evitar el sesgo de no respuesta, una forma de atenuarlo es mediante procedimientos estadísticos que asignan a los que responden un factor de ajuste que les permite compensar a los que no responden. El factor de ajuste de no respuesta es el inverso de la probabilidad predicha de respuesta. Este método consiste en calcular la probabilidad de propensión a responder y su inverso en cada una de las variables de interés (sociodemográficas y clínicas), cerciorándose que el factor de ajuste final asignado a todos los respondedores sume la muestra total.

Por lo tanto, en un primer análisis, se obtuvieron frecuencias y proporciones, así como análisis de χ^2 para detectar diferencias, entre aquellos individuos re entrevistados y los que no fueron re entrevistados en el 2013, para algunas variables sociodemográficas y clínicas del 2005. En principio, no se encontraron diferencias o sesgo por presencia y ausencia de algún trastorno de ansiedad, fobia específica alguna vez en la vida, cualquier trastorno, ni por edad, ni por nivel educativo e ingresos de los padres. Sin embargo, se encontró que se encuestó una mayor proporción de mujeres, de adultos que cuando eran adolescentes eran estudiantes y vivían con ambos padres (ver tabla 2).

Tabla 2. Análisis de atrición: Características Socio-demográficas y clínicas por estatus en la re-entrevista.

Encuesta I (2005)	Aquellos Entrevistados N=1,071		Aquellos No Entrevistados N=1,934		χ^2_1	p
	n	% ^a	n	% ^a		
Sexo						
Hombre	460	43.0	980	50.7		
Mujer	611	57.0	954	49.3	17.5	0.001
Edad (años ^b)						
12-14	632	59.01	1,132	58.53		
15-17	439	40.99	802	41.47	0.5	0.823
Vivir con ambos padres						
Si (ambos)	752	70.2	1,228	63.5		
No (uno/ninguno)	319	29.8	706	36.5	10.5	0.003
Estudiante						
Si	928	86.6	1,598	82.6		
No	143	13.4	336	17.4	8.2	0.01
Ingresos de los padres en el 2005						
Bajo	375	35.0	732	37.8		
Medio	347	32.4	587	30.4		
Alto	349	32.6	615	31.8	1.2	0.307
Cualquier trastorno en los 12 meses previos	428	39.96	752	38.88	0.5	0.492
Tipos de miedo						
Animales	469	43.8	848	43.9	0.0	0.976
Medio Ambiente (excepto alturas)	316	29.5	523	27.0	3.39	0.075
Sangre-inyección-lesión	510	47.6	897	46.4	0.50	0.484
Situacional: espacios cerrados	276	25.8	474	24.5	0.09	0.328
Alturas (Medio Ambiente)	332	31.0	583	30.1	0.24	0.630
Situacional: volar	194	18.1	377	19.5	1.05	0.314
Trastorno de Fobia Específica en los 12 meses previos	227	21.2	412	21.3	0.0	0.946
Número de miedos ^a						
1 o 2	107	47.1	163	39.56		
3 o más	120	52.9	249	60.44	3.48	0.071
Haber recibido tratamiento ^c	15	6.61	25	6.07	0.09	0.759
Cualquier deterioro serio en los 12 meses previos	48	21.15	99	24.03	1.14	0.294
^c Miembro de la familia con fobia específica ^c	112	49.3	195	47.3	0.15	0.703

^a Proporciones no ajustadas.

^b Edad en la primera encuesta 2005.

^c Entre aquellos quienes tuvieron fobia específica en los 12 meses previos en el 2005.

Se estimó la propensión a responder mediante una regresión logística múltiple, con variable resultado responde/no responde y como variables independientes las sociodemográficas -sexo, estudiaba, vivía con padres, ingresos y la interacción de estos últimos-. Confirmando que hubo una mayor probabilidad de encuestar a las mujeres, a los que estudiaban durante la adolescencia y a los que vivían con ambos padres a la vez que los ingresos de sus padres eran altos o medios (tabla 3). A partir de esta propensión a responder se calculó su inverso y dio como resultado el factor de ajuste o ponderador (ver anexo 5).

Tabla 3. Regresión Logística Múltiple para variables sociodemográficos que predicen la respuesta versus no respuesta en el seguimiento de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente.

Encuesta I (2005)	RM	(95% IC)		χ^2	P
Sexo					
Hombre	1.00			20.55	0.001
Mujer	1.44	1.22	1.70		
Vivir con padres					
Con uno o ninguno	1.00			2.19	0.139
Con ambos padres	1.19	0.94	1.51		
Estudiar					
No estudiaba	1.00			6.11	0.013
Estudiaba	1.31	1.05	1.63		
Ingreso de los Padres					
Bajo	1.00			0.55	0.758
Medio	1.07	0.85	1.36		
Alto	0.96	0.70	1.33		
Ingresos*Vivir con padres					
Alto vs Bajo ingresos, no vivía con padres	0.96	0.70	1.33	0.06	0.813
Alto vs Bajo ingresos, sí vivía con padres	1.26	1.03	1.54	5.61	0.017
Medio vs Bajo ingresos, no vivía con padres	1.07	0.85	1.36	0.39	0.531
Medio vs Bajo ingresos, sí vivía con padres	1.36	1.06	1.74	6.43	0.011

Abreviaciones: RM = Razón de momios

Por medio del procedimiento WTADJUST, con la opción NONRESPONSE del software SUDAAN (Research Triangle Institute, 2012), y con el modelo de regresión logística que detectó los sesgos, se obtuvo el ajuste de no respuesta (Anexo 4).

De esta manera, a cada uno de los 1071 participantes encuestados se les asignó una probabilidad de respuesta predicha basada en la ecuación de regresión logística, el inverso de esta probabilidad fue el peso de ajuste de no respuesta, y finalmente este peso se normalizó para sumar a los 3005 participantes del 2005.

9.2. Descripción de la muestra

A continuación, se muestran las frecuencias y porcentajes corregidos, observando que el rango de edad de la muestra fue de 19 a 26 años, de los 1071 participantes encuestados; la mitad sigue viviendo con sus padres, la tercera parte sigue estudiando y otra tercera parte cohabita con su pareja y tiene hijos (ver tabla 4).

Tabla 4. Características sociodemográficas y clínicas actuales de la muestra de seguimiento.

Encuesta II (2013)	N=1071		
	n	% ^a	EE
Sexo			
Hombre	460	49.9	1.8
Mujer	611	50.1	1.8
Edad (años)			
19	38	3.2	0.6
20	212	16.5	1.7
21	212	17.1	1.5
22	191	14.6	1.5
23	160	17.7	1.4
24	152	17.4	1.5
25	105	13.4	1.0
26	1	0.1	0.1
Vive actualmente con sus padres	543	48.1	2.1
Estudia actualmente	372	32.5	1.5
Vive con su pareja	359	34.7	1.5
Tiene hijos	382	36.2	1.6
Cualquier Trastorno de Ansiedad en los últimos 12 meses	177	15.8	1.2
Cualquier Trastorno de Ánimo en los últimos 12 meses	110	9.7	1.0
Cualquier Trastorno de los Impulsos en los últimos 12 meses	130	12.6	1.1
Cualquier Trastorno de las Sustancias en los últimos 12 meses	97	9.6	1.0
Cualquier Trastorno Alimenticio en los últimos 12 meses	7	0.7	0.3
Cualquier Trastorno en los últimos 12 meses	372	34.2	1.6

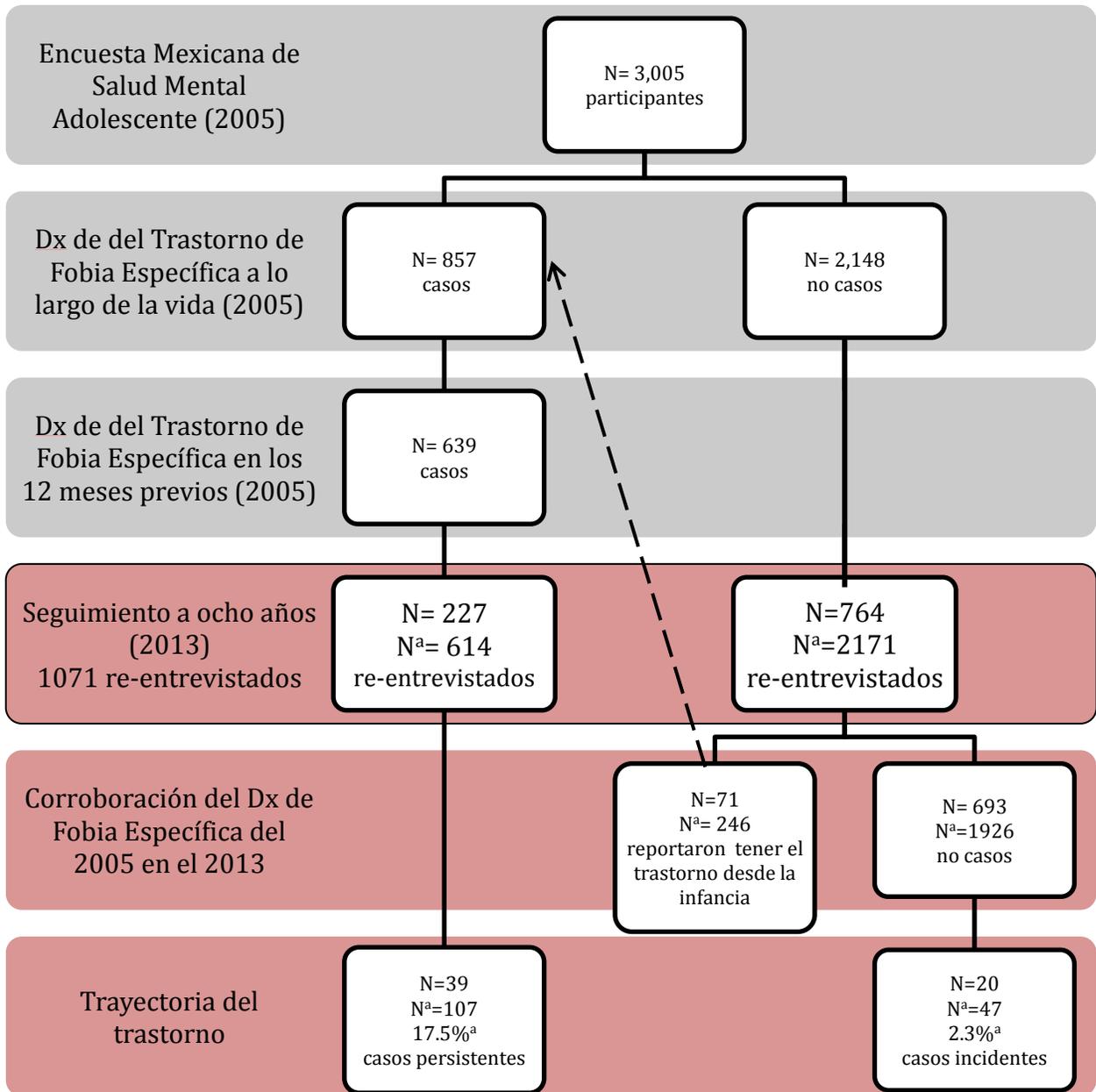
^a Proporciones ajustadas

Abreviaciones: EE= Error Estándar

9.3. Trayectoria del trastorno de fobia específica

Se lograron re entrevistar a 1071 participantes, de éstos, 227 participantes habían sido diagnosticados con fobia específica en los 12 meses previos en el 2005 y 764 participantes no cumplieron todos los criterios para ser diagnosticados con el trastorno el 2005. Sin embargo, de los 764 sin fobia específica en el 2005, en el seguimiento del 2013, 71 sujetos reportaron haber tenido fobia específica antes del 2005. Por lo tanto, al corroborarse el diagnóstico, se consideraron libres de la enfermedad o no casos a 693 participantes.

Entre aquellos que tuvieron fobia específica en los 12 meses previos en el 2005 (n=227) se encontró que la remisión (82.54%) en los adultos jóvenes fue mayor que la persistencia (17.46%) y entre aquellos sanos para fobia específica (n=693) la incidencia fue 2.4% para este padecimiento. La prevalencia total del trastorno de fobia específica en los últimos 12 meses en el 2013 fue de 9.8%.



N^a = frecuencias ajustadas y redondeadas a números enteros.

%^a = porcentaje ajustado

9.3.1. Caracterización de los casos persistentes

Para caracterizar a los casos persistentes se llevaron a cabo las pruebas de χ^2 de Pearson, además se realizaron **regresiones logísticas univariadas** para detectar los factores que tienen capacidad predictiva.

La única variable, de los datos sociodemográficos del 2013, en la que fueron diferentes los casos persistentes y los remitentes, fue la de vivir con ambos padres. Vivir con ambos padres en el 2005 fue un factor protector estadísticamente significativo para la persistencia de fobia específica (ver tabla 6).

Tabla 6. Características sociodemográficas de los casos persistentes de Fobia Específica (n = 227).

	Total ^a	Num. casos persistentes ^a	<i>p</i> ^b	Proporción persistentes	RR ^c	IC 95%
Ser mujer	390	79	0.24	0.204	1.64	(0.66-4.05)
Ser hombre	224	28		0.124		
Tenían hijos	236	42	0.88	0.179	1.04	(0.59-1.84)
No tenían hijos	378	65		0.172		
Cohabitaban con una pareja	247	50	0.48	0.203	1.31	(0.63-2.72)
No cohabitaban con una pareja	368	57		0.155	1.00	
Vivían con ambos padres	260	30	0.04	0.116	0.53	(0.31-0.89)
No vivían con ambos padres	354	77		0.218		
Estudiaban	194	32	0.78	0.163	0.9	(0.43-1.91)
No estudiaban	421	76		0.180		
Trabajaban	345	59	0.88	0.170	0.95	(0.45-2.00)
No trabajaban	269	48		0.180		

^a Frecuencia ajustadas y redondeadas a números enteros.

^b Probabilidad de χ^2 de Pearson.

^c Los resultados de los RR están basados en regresiones logísticas univariadas.

Los valores en negrilla representan $P < .05$.

Abreviaciones: RR = Riesgos Relativos, IC 95% =Intervalo de Confianza al 95%

El cálculo de los estimadores y de las estadísticas de prueba se hizo a partir de las frecuencias ajustadas sin redondear.

En la tabla 7, se reporta que el 47% de los que iniciaron el trastorno de fobia específica en la adolescencia fueron persistentes, en comparación con el 16% persistente que inició en la infancia. En el número de miedos se puede observar que el 22% de los que tuvieron 3 o más miedos persistieron con fobia específica en comparación con el 7% de los que tuvieron 1 o 2 miedos en la adolescencia y que continuaron con el diagnóstico. Con respecto al tipo de miedo, sólo el miedo a los espacios cerrados tuvo diferencias en la prueba χ^2 de Pearson. En relación al familiar de primer grado con fobia específica se muestra que el 27% de los que reportaron tenerlo persistieron versus el 8% persistente que no tenía un familiar con este trastorno. Asimismo, se observa, que entre los que habían recibido tratamiento en el 2005 persistió el 52% en comparación con el 13% que no recibió tratamiento y que siguieron presentado tal enfermedad. Finalmente, haber tenido 3 o más miedos, un familiar con fobia específica y haber recibido tratamiento fue asociado con un incremento de más de tres veces el riesgo de persistencia del trastorno (RR= 3.24, IC 95%=1.15-9.07; RR= 3.35, IC 95%=1.73-6.50; and RR=3.87, IC 95%=2.44-6.12, respectivamente), mientras que el miedo a los espacios cerrados en casi dos veces el riesgo de persistencia (RR= 1.99; IC 95%=1.01-3.91) y aunque la probabilidad en la edad de inicio fue marginal, iniciar en la adolescencia incrementó en casi tres veces el riesgo de persistencia (RR= 2.96; IC 95%=1.17-7.48) (ver tabla 7).

Tabla 7. Características clínicas de los casos persistentes de Fobia Específica (n = 227).

	Total ^a	Num. casos persistentes ^a	<i>P</i> ^b	Proporción persistentes	RR ^c	IC 95%
Edad de inicio del trastorno de fobia específica						
Infancia	585	93		0.160		
Adolescencia	29	14	0.22	0.473	2.96	(1.17-7.48)
Número de miedos						
1 o 2	177	12		0.067		
3 o más	437	95	0.01	0.218	3.24	(1.15-9.07)
Tipos de miedo						
Animales	417	85	0.11	0.205	1.84	(0.74-4.59)
Sin miedo a los animales	197	22		0.111		
Medio ambiente (excepto alturas)	360	69	0.47	0.192	1.28	(0.62-2.64)
Sin miedo al medio ambiente	254	38		0.150		
Sangre-inyección-lesión	486	90	0.52	0.185	1.39	(0.46-4.15)
Sin miedo a la sangre-inyección-lesión	128	17		0.134		
Situacional: Espacios cerrados	358	79	0.04	0.220	1.99	(1.01-3.91)
Sin miedo a los espacios cerrados	256	28		0.111		
Alturas (Medio Ambiente)	345	70	0.32	0.202	1.45	(0.68-3.09)
Sin miedo a las alturas	270	38		0.139		
Situacional: Volar	236	43	0.86	0.180	1.05	(0.57-1.94)
Sin miedo a volar	378	65		0.171		
Familiar de primer grado con fobia específica	305	84	0.01	0.274	3.56	(1.84-6.89)
Sin familiar	309	24		0.077		
Deterioro grave/muy grave	157	40	0.32	0.255	1.45	(0.72-2.89)
Sin deterioro grave/muy grave	364	64		0.176		
Haber recibido tratamiento	65	34	0.02	0.518	3.87	(2.44-6.12)
Sin haber recibido tratamiento	549	74		0.134		

^a Frecuencias ajustadas y redondeadas a números enteros.

^b Probabilidad de χ^2 de Pearson.

^c Los resultados de los RR están basados en regresiones logísticas univariadas.

Los valores en negrillas representan $P < .05$ desde las ecuaciones de regresión logística.

Abreviaciones: RR = Riesgos Relativos, IC 95% =Intervalo de Confianza al 95%.

El cálculo de los estimadores y de las estadísticas de prueba se hizo a partir de las frecuencias ajustadas sin redondear.

En relación con la comorbilidad con otros trastornos, se encontró que el 22% de los que tuvieron trastornos comórbidos persistió versus el 4% persistente sin ningún otro trastorno en la adolescencia. Por lo tanto, los que tuvieron comorbilidad tienen 4.87 veces el riesgo de persistir con el trastorno de fobia específica con un intervalo de confianza de 1.67-14.19, en comparación con los que no tuvieron comorbilidad. Ningún grupo de trastornos o trastornos individuales fueron factores de riesgo para persistencia (ver tabla 8).

Tabla 8. Comorbilidad entre los casos persistentes de Fobia Específica. N=227

	Total ^a	Num. casos persistentes ^a	<i>p</i> ^b	Proporción persistentes	RR ^d	IC 95%
Cualquier otro trastorno en el 2005	467	101	0.01	0.216	4.87	(1.67-14.19)
Ningún otro trastorno en el 2005	147	7		0.044		
Algún T. de ansiedad	346	68	0.24	0.196	1.33	(0.78-2.26)
Ningún T. de ansiedad	269	40		0.147		
T. de agorafobia	122	27	0.41	0.223	1.37	(0.67-2.79)
S/T. de agorafobia	492	80		0.163		
T. de fobia social	216	40	0.79	0.184	1.09	(0.57-2.10)
S/T. de fobia social	398	67		0.169		
T. de estrés postraumático	30	9	0.10	0.308	1.83	(0.91-3.69)
S/T. de estrés postraumático	584	98		0.168		
T. de pánico	44	8	0.84	0.186	1.07	(0.43-2.64)
S/T. de pánico	570	99		0.174		
T. de ansiedad por separación	112	27	0.25	0.240	1.50	(0.78-2.90)
S/T. de ansiedad por separación	502	80		0.160		
Algún T. de los impulsos	237	51	0.09	0.216	1.46	(0.93-2.29)
Ningún T. de los impulsos	378	56		0.148		
T. intermitente explosivo	118	26	0.30	0.220	1.35	(0.78-2.33)
S/T. intermitente explosivo	496	81		0.164		
T. de la conducta	64	18	0.31	0.276	1.69	(0.62-4.60)
S/T. de la conducta	550	90		0.163		
T. de déficit de atención	44	8	0.87	0.190	1.10	(0.36-3.35)
S/T. de déficit de atención	570	99		0.173		
T. de oposicionista desafiante	130	29	0.44	0.223	1.38	(0.64-2.95)
S/T. de oposicionista desafiante	484	78		0.162		
Algún T. de los afectos	133	34	0.12	0.256	1.68	(0.95-2.98)
Ningún T. de los afectos	481	73		0.152		
T. de depresión mayor	84	21	0.32	0.253	1.55	(0.73-3.29)
S/T. de depresión mayor	530	86		0.162		
T. de distimia	10	4	0.01 ^c	0.402	2.29	(0.48-10.93)
S/T. de distimia	605	104		0.171		

T. bipolar I y II	49	14	0.17	0.294	1.80	(0.87-3.73)
S/T. bipolar I y II	565	93		0.164		
Algún T. de la alimentación	53	17	0.20	0.315	1.95	(0.91-4.16)
Ningún T. de la alimentación	561	91		0.161		
T. de bulimia	14	4	0.01 ^c	0.314	1.82	(0.71-4.63)
S/T. de bulimia	601	103		0.172		
T. de atracones	34	12	0.24	0.362	2.21	(0.91-5.40)
S/T. de atracones	580	95		0.164		
Algún T. de consumo de sustancias	69	19	0.23	0.271	1.66	(0.83-3.33)
Ningún T. de consumo de sustancias	546	89		0.163		
T. de abuso de alcohol	34	13	0.20	0.366	2.23	(0.84-5.92)
S/T. de abuso de alcohol	580	95		0.163		
T. de abuso de drogas	20	4	0.01 ^c	0.211	1.20	(0.19-7.57)
S/T. de abuso de drogas	594	103		0.173		

^a Frecuencias ajustadas y redondeadas a números enteros.

^b Probabilidad de χ^2 de Pearson.

^c Probabilidad Exacta de Fisher

^d Los resultados de los RR están basados en regresiones lógicas univariadas.

Los valores en negrillas representan $P < .05$ desde las ecuaciones de regresión logística.

Abreviaciones: T.= Trastorno, S/T. = Sin trastorno, RR = Riesgos Relativos, IC 95% =Intervalo de Confianza al 95%

El cálculo de los estimadores y de las estadísticas de prueba se hizo a partir de las frecuencias ajustadas sin redondear.

Se eliminaron los trastornos de ansiedad generalizada y anorexia debido a que no había ningún caso persistente.

Con respecto a haber experimentado adversidades crónicas, se encontró que entre aquellos que experimentaron 3 o más adversidades crónicas el 30% persistió con fobia específica en comparación con los que vivenciaron 1 o 2 adversidades en donde sólo 17% continuó con el padecimiento y entre los que no tuvieron ninguna adversidad crónica el 11% permanece con el diagnóstico. De manera particular, se observó que entre los que experimentaron negligencia parental el 45% continuo presentando el trastorno de fobia específica y entre los que vivieron en adversidad económica el 28% mantuvo el diagnóstico de fobia específica hasta la adultez temprana. Y ambas adversidades crónicas tuvieron significancia estadística como predictores de la persistencia de este padecimiento, negligencia parental con 2.86 veces el riesgo (IC 95% = 1.26-6.49) y adversidad económica con 1.98 veces el riesgo (IC 95% = 1.17- 3.35).

Tabla 9. Adversidades crónicas de los casos persistentes de Fobia Específica (n = 227).

	Total ^a	Num. casos persistentes ^a	<i>P</i> ^b	Proporción persistentes	RR ^d	IC 95%
Cualquier adversidad crónica en el 2005	452	89		0.198	1.81	(0.78-4.21)
No tener ninguna adversidad crónica en el 2005	162	18	0.08	0.109		
Número de adversidades crónicas						
0	162	18		0.109		
1 o 2	339	56		0.165	1.51	(0.59-3.82)
3 o más	113	34	0.08	0.298	2.73	(1.04-7.11)
Tipo de adversidad crónica						
Abuso físico	97	20	0.62	0.209	1.24	(0.54-2.83)
Sin abuso físico	517	87		0.168		
Abuso sexual	12	4	0.60 ^c	0.325	1.89	(0.39-9.30)
Sin abuso sexual	602	103		0.172		
Negligencia	38	17	0.06	0.449	2.86	(1.26-6.49)
Sin negligencia	576	90		0.157		
Muerte de algún padre	41	6	0.77	0.146	0.83	(0.19-3.66)
Sin muerte de algún padre	573	101		0.177		
Divorcio de los padres	84	13	0.80	0.152	0.85	(0.21-3.39)
Sin divorcio de los padres	530	95		0.178		
Otra pérdida familiar	88	17	0.81	0.193	1.13	(0.42-3.01)
Sin otra pérdida familiar	526	90		0.172		
Algún padre con trastorno mental	95	19	0.61	0.200	1.18	(0.62-2.25)
Sin padres con trastorno mental	519	88		0.170		
Algún padre con uso de sustancias	20	6	0.66	0.282	1.65	(0.27-10.24)
Sin padres con uso de sustancias	594	102		0.171		
Algún padre criminal	33	12	0.12	0.374	2.29	(0.87-6.03)
Sin padres criminales	581	95		0.163		
Violencia familiar	131	30	0.42	0.227	1.42	(0.61-3.31)
Sin violencia familiar	483	77		0.160		
Enfermedad física	49	11	0.55	0.232	1.37	(0.55-3.42)
Sin enfermedad física	565	96		0.170		
Adversidad económica	145	41	0.05	0.280	1.98	(1.17-3.35)
Sin adversidad económica	469	67		0.142		

^a Frecuencias ajustadas y redondeadas a números enteros.

^b Probabilidad de χ^2 de Pearson.

^c Probabilidad exacta de Fisher.

^d Los resultados de los RR están basados en regresiones logísticas univariadas.

Los valores en negrillas representan $P < .05$.

Abreviaciones: RR = Riesgos Relativos, IC 95% =Intervalo de Confianza al 95%

El cálculo de los estimadores y de las estadísticas de prueba se hizo a partir de las frecuencias ajustadas sin redondear.

9.3.2. Factores de riesgo para la persistencia de fobia específica

A partir de las variables que fueron significativas en los análisis de regresión logística univariada se realizó el modelo de regresión logística múltiple, sin embargo, pocas variables resultaron en asociaciones estadísticamente significativas, en gran medida porque aún con una muestra tan grande como la de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, los casos de persistencia de fobia específica son poco frecuentes. La tabla 10, muestra que la edad de inicio de este padecimiento es un factor de riesgo, en particular los que inician en la adolescencia tienen 2.83 veces el riesgo de persistir con el trastorno en comparación con los que iniciaron en la infancia (IC 95%= 1.30-6.13). Además, se observa que haber tenido un familiar con fobia específica tienen 2.69 veces el riesgo de persistir con fobia específica en comparación con quien no tiene familiares con éste trastorno (IC 95%= 1.34-5.39). Dos adversidades crónicas fueron estadísticamente significativas: la negligencia parental (RR = 2.76, IC 95% = 1.35-5.65) y adversidad económica (RR = 2.06, IC 95% = 1.21-3.53), ambas incrementan el riesgo para la persistencia de fobia específica.

Tabla 10. Factores de riesgo para la persistencia de fobia específica desde un modelo de regresión logística. ^a

Factores de riesgo	RR	IC 95%
Edad de inicio en la adolescencia	2.83	(1.30-6.13)
Negligencia parental	2.76	(1.35-5.65)
Miembro familiar con fobia específica	2.69	(1.34-5.39)
Adversidad económica	2.06	(1.21-3.53)
Cualquier trastorno comórbido en el 2005	2.72	(0.95-7.79)
Número de adversidades crónicas		
Ninguna	1.00	REF
1 o 2	0.92	(0.47-1.86)
3 o más	0.83	(0.32-2.16)
Número de miedos		
1 o 2	1.00	REF
3 o más	2.64	(0.65-10.78)
Miedo a los espacios cerrados	1.32	(0.70-2.48)

^a Los resultados están basados en un modelo de regresión logística ajustado por sexo.

Los valores en negrillas muestran una significancia $P < .05$.

Abreviaciones: REF = grupo de referencia, RR = riesgo relativo.

9.3.3. Caracterización de los casos incidentes

Para caracterizar a los nuevos casos de fobia específica, se llevaron a cabo las pruebas de χ^2 de Pearson y regresión logística simple univariada para detectar los factores que tienen capacidad predictiva. Los casos incidentes se caracterizan sociodemográficamente por ser mayoritariamente mujeres y entre los que tenían hijos el 4% incidió versus el 2% que desarrolló el trastorno entre los que no tenían hijos. De esta manera, haber tenido hijos se asoció significativamente con ser un nuevo caso de fobia específica (ver tabla 11).

Tabla 11. Características sociodemográficas de los casos incidentes de Fobia Específica (n=693).

	Total ^a	Num. casos incidentes ^a	<i>P</i> ^b	Proporción incidentes	RR ^c	IC 95%
Ser mujer	894	41	0.01	0.046	7.81	(0.96-63.88)
Ser hombre	1079	6		0.006		
Tenían hijos	668	28	0.01	0.042	2.89	(1.24-6.71)
No tenían hijos	1305	19		0.015		
Cohabitaban con una pareja	645	24	0.19	0.037	2.16	(0.73-6.44)
No cohabitaban con una pareja	1328	23		0.017		
Vivían con ambos padres	999	17	0.22	0.017	0.55	(0.20-1.54)
No vivían con ambos padres	974	30		0.031		
Estudiaban	683	13	0.53	0.020	0.75	(0.28-2.01)
No estudiaban	1290	34		0.026		
Trabajaban	1147	27	0.9	0.023	0.94	(0.38-2.36)
No trabajaban	826	20		0.025		

^a Frecuencias ajustadas y redondeadas a números enteros.

^b Probabilidad de χ^2 de Pearson.

^c Los resultados de los RR están basados en regresiones logísticas univariadas.

Los valores en negrillas representan $P < .05$.

Abreviaciones: RR = Riesgos Relativos, IC 95% =Intervalo de Confianza al 95%.

El cálculo de los estimadores y de las estadísticas de prueba se hizo a partir de las frecuencias ajustadas sin redondear.

Con respecto a las características clínicas de fobia específica del DSM-IV, la tabla 12 muestra que el miedo a espacios cerrados se asoció altamente con el desarrollo del trastorno de fobia específica en la adultez temprana en 3.2 veces (IC 95% = 1.53 a 6.71).

Tabla 12. Características clínicas de los casos nuevos de Fobia Específica (n=693).

	Total ^a	Num. casos Incidentes ^a	<i>p</i> ^b	Proporción incidentes	RR ^d	IC 95%
Al menos un miedo	1349	33	0.95	0.024	1.04	(0.28-3.83)
Ningún miedo	624	15		0.023		
Número de miedos						
0	624	15		0.023		
1 o 2	945	17		0.018	0.77	(0.15-3.98)
3 o más	403	16	0.48	0.039	1.69	(0.49-5.84)
Tipos de miedo						
Animales	657	21	0.41	0.032	1.62	(0.54-4.87)
Sin miedo a los animales	1316	26		0.020		
Medio ambiente (excepto alturas)	440	16	0.45	0.036	1.73	(0.44-6.80)
Sin miedo al medio ambiente	1533	32		0.021		
Sangre-inyección-lesión	755	18	0.99	0.024	1.01	(0.40-2.54)
Sin medo a la sangre-inyección-lesión	1218	29		0.024		
Situacional: Espacios cerrados	359	20	0.02	0.055	3.20	(1.53-6.71)
Sin miedo a los espacios cerrados	1614	28		0.017		
Alturas (Medio Ambiente)	481	7	0.12	0.015	0.57	(0.27-1.22)
Sin miedo a las alturas	1491	40		0.027		
Situacional: Volar	225	2	0.08 ^c	0.009	0.35	(0.004-3.20)
Sin miedo a volar	1748	45		0.026		
Haber tenido al menos un criterio	1349	33	0.95	0.024	1.04	(0.28-3.83)
No haber tenido criterios	624	15		0.023		
Número de criterios						
0	624	15		0.0232		
1 o 2	375	10		0.028	1.20	(0.26-5.58)
3 o más	973	22	0.94	0.023	0.98	(0.27-3.63)
Familiar de primer grado con fobia específica	407	14	0.29	0.035	1.63	(0.69-3.88)
Sin familiar con fobia específica	1566	33		0.021		

^a Frecuencias ajustadas y redondeadas a números enteros.

^b Probabilidad de χ^2 de Pearson.

^c Probabilidad exacta de Fisher.

^d Los resultados de los RR están basados en regresiones logísticas univariadas.

Los valores en negrillas representan $P < .05$.

Abreviaciones: RR = Riesgos Relativos, IC 95% =Intervalo de Confianza al 95%.

El cálculo de los estimadores y de las estadísticas de prueba se hizo a partir de las frecuencias ajustadas sin redondear.

En relación con la psicopatología preexistente, los trastornos individuales detectados como predictores para desarrollar el trastorno de fobia específica en la adultez temprana fueron el trastorno de agorafobia con 9.68 veces el riesgo (IC 95% 2.33-40.24) y distimia con 10.29 (IC 95% 1.59-66.61) (ver tabla 13).

La tabla 14, muestra que de los que vivieron en adversidad crónica el 47% desarrollaron el trastorno de fobia específica en la adultez temprana en comparación con el 16% incidente entre quienes no la vivieron. De tal forma que los que vivenciaron adversidad económica tuvieron 3.05 veces el riesgo de desarrollar este trastorno (IC 95% 1.19-7.82).

Tabla 13. Psicopatología preexistente entre los casos incidentes de Fobia Específica (n=693)

	Total ^a	Num. casos Incidentes ^a	<i>P</i> ^b	Proporción incidentes	RR ^d	IC 95%
Cualquier otro trastorno en el 2005	762	22	0.51	0.029	1.39	(0.50-3.86)
Ningún otro trastorno en el 2005	1211	25		0.021		
Algún trastorno de ansiedad	407	20	0.17	0.049	2.80	(0.76-10.27)
Ningún trastorno de ansiedad	1566	27		0.017		
T. de agorafobia	54	10	0.14	0.187	9.68	(2.33-40.24)
S/T de agorafobia	1919	37		0.019		
T. de fobia social	208	7	0.62	0.033	1.46	(0.37-5.68)
S/T. de fobia social	1765	40		0.023		
T. de estrés postraumático	56	2	0.37 ^c	0.036	1.53	(0.16-14.71)
S/T. de estrés postraumático	1917	45		0.024		
T. de ansiedad por separación	121	6	0.32	0.052	2.36	(0.75-7.46)
S/T. de ansiedad por separación	1852	41		0.022		
Algún trastorno de los impulsos	385	9	0.98	0.024	1.01	(0.39-2.62)
Ningún trastorno de los impulsos	1588	38		0.024		
T. intermitente explosivo	216	5	0.02 ^c	0.021	0.89	(0.08-9.31)
S/T. intermitente explosivo	1757	43		0.024		
T. de la conducta	55	3	0.62	0.045	1.95	(0.26-14.69)
S/T. de la conducta	1918	45		0.023		
T. de opositorista desafiante	188	5	0.96	0.025	1.04	(0.23-4.75)
S/T. de opositorista desafiante	1785	43		0.024		
Algún trastorno de los afectos	198	8	0.43	0.041	1.87	(0.52-6.73)
Ningún trastorno de los afectos	1775	39		0.022		
T. de depresión mayor	165	8	0.34	0.049	2.28	(0.67-7.81)
S/T. de depresión mayor	1808	39		0.022		
T. de distimia	11	3	0.99 ^c	0.234	10.30	(1.59-66.61)
S/T. de distimia	1962	45		0.023		
Algún trastorno de la alimentación	40	3	0.47	0.079	3.48	(0.47-25.60)
Ningún trastorno de la alimentación	1933	44		0.023		
T. de atracones	20	3	0.01 ^c	0.160	7.11	(0.96-52.47)
S/T. de atracones	1953	44		0.022		

^aFrecuencias ajustadas y redondeadas a números enteros.

^bProbabilidad de χ^2 de Pearson.

^cProbabilidad exacta de Fisher.

^dLos resultados de los RR están basados en regresiones logísticas univariadas.

Los valores en negrilla representan $P < .05$ desde las ecuaciones de regresión logística.

Abreviaciones: T.= Trastorno, S/T. = Sin trastorno, RR = Riesgos Relativos, IC 95% =Intervalo de Confianza al 95%.

El cálculo de los estimadores y de las estadísticas de prueba se hizo a partir de las frecuencias ajustadas sin redondear.

Se eliminaron los trastornos de ansiedad generalizada, pánico, déficit de atención, bipolar I y II, anorexia, bulimia y los trastornos de consumo de sustancias debido a que no había ningún caso incidente.

Tabla 14. Adversidades crónicas de los casos incidentes de Fobia Específica (n=693).

	Total ^a	Num. casos Incidentes ^a	P ^b	Proporción incidentes	RR ^c	IC 95%
Cualquier adversidad crónica en el 2005	1279	41	0.04	0.032	3.71	(0.81-16.91)
Ninguna adversidad crónica en el 2005	694	6		0.009		
Número de adversidades crónicas						
0	694	6		0.009		
1 o 2	1053	37		0.035	4.00	(0.79-20.13)
3 o más	226	5	0.10	0.021	2.37	(0.22-25.80)
Tipo de adversidad crónica						
Abuso físico	220	9	0.29	0.04	1.84	(0.65-5.24)
Sin abuso físico	1753	38		0.022		
Abuso sexual	26	3	0.07 ^c	0.095	4.13	(0.43-39.73)
Sin abuso sexual	1947	45		0.023		
Muerte de algún padre	103	2	0.91	0.022	0.9	(0.13-6.41)
Sin muerte de algún padre	1869	45		0.024		
Otra pérdida familiar	266	11	0.35	0.043	2.03	(0.54-7.63)
Sin otra pérdida familiar	1707	36		0.021		
Algún padre con trastorno mental	189	3	0.57	0.017	0.71	(0.16-3.07)
Sin padres con trastorno mental	1784	44		0.025		
Algún padre con uso de sustancias	99	2	0.69 ^c	0.022	0.92	(0.08-10.47)
Sin padres con uso de sustancias	1874	45		0.024		
Algún padre criminal	90	4	0.54	0.046	2.03	(0.28-14.87)
Sin padres criminales	1882	43		0.023		
Violencia familiar	273	5	0.35 ^c	0.018	0.74	(0.15-3.74)
Sin violencia familiar	1700	42		0.025		
Enfermedad física	126	2	0.81 ^c	0.017	0.71	(0.06-7.79)
Sin enfermedad física	1847	45		0.024		
Adversidad económica	515	25	0.08	0.047	3.05	(1.19-7.82)
Sin adversidad económica	1458	23		0.016		

^a Frecuencias ajustadas y redondeadas a números enteros.

^b Probabilidad de χ^2 de Pearson.

^c Probabilidad exacta de Fisher.

^d Los resultados de los RR están basados en regresiones logísticas univariadas.

Los valores en negrillas representan $P < .05$.

Abreviaciones: RR = Riesgos Relativos, IC 95% =Intervalo de Confianza al 95%.

El cálculo de los estimadores y de las estadísticas de prueba se hizo a partir de las frecuencias ajustadas sin redondear. Se eliminaron las adversidades crónicas de negligencia y divorcio de los padres debido a que no había ningún caso incidente.

9.3.4. Factores de riesgo para la incidencia de fobia específica

Del mismo modo, a partir de las variables que fueron significativas en los análisis de regresión logística univariada, se llevó a cabo una regresión logística multivariada. Es importante resaltar que, pocas variables resultaron en asociaciones estadísticamente significativas, ya que son aún menos frecuentes los casos incidentes de fobia específica en la adultez temprana. La tabla 15, muestra que las personas que tuvieron miedo a los espacios cerrados, haber tenido el trastorno de agorafobia, distimia y haber vivido en adversidad económica incrementan el riesgo de desarrollar el trastorno de fobia específica en la adultez temprana.

Tabla 15. Riesgos relativos de características clínicas para la incidencia del trastorno de fobia específica ^a.

Factores de riesgo	RR	95% IC
Haber tenido miedo a los espacios cerrados	2.44	(1.03-5.77)
Haber tenido el trastorno de agorafobia	6.56	(1.64-26.14)
Haber tenido el trastorno de distimia	16.10	(6.14-42.18)
Adversidad económica	3.20	(1.25-8.19)

^a Resultados están basados en un modelo de regresión logística múltiple ajustado por sexo.

Abreviaciones: RR = Riesgo Relativo; 95% IC= Intervalo de Confianza; Sombreado muestra una significancia de $p < 0.05$.

9.4. Fobia específica no-comórbida en la adolescencia como predictor de subsecuentes trastornos mentales

Para el tercer objetivo que es conocer las consecuencias de tener una fobia específica en la infancia o adolescencia para la adultez temprana se realizaron 5 regresiones logísticas, una para evaluar cada grupo de trastornos como variables dependientes, y controlando por edad, sexo y cada grupo de trastorno. Se encontró que la presencia de solamente fobia específica, sin ninguna comorbilidad en el 2005, predice de manera significativa el desarrollo de trastornos por uso de sustancias y otros trastornos de ansiedad en 1.35 veces el riesgo (IC 95% = 1.07-1.69) y en 1.98 (IC 95% 1.11-3.54) respectivamente (ver tabla 16).

Tabla 16. Fobia específica no-comórbida en la adolescencia como predictor de subsecuentes trastornos mentales ^a.

Únicamente el Trastorno de Fobia Específica	Trastornos de la ansiedad sin fobia específica	Trastornos del ánimo	Trastorno de los impulso	Trastornos de la alimentación	Trastornos de las sustancias
RR*	1.98	1.13	0.90	1.53	1.35
IC 95%	(1.11-3.54)	(0.58-2.22)	(0.44-1.83)	(0.48-4.87)	(1.07-1.69)

^a Resultados son basados en 5 regresiones logísticas múltiples ajustadas por sexo y por cada grupo de trastornos. Los valores sombreados muestran una significancia $P < .05$.
Abreviaciones: RR = Riesgo Relativo; 95% IC= Intervalo de Confianza.

10. Discusión

10.1. Limitaciones y fortalezas

La principal fortaleza de este estudio es su diseño longitudinal prospectivo (único que describe el curso del trastorno de fobia específica y examina sus predictores, en una muestra de adultos jóvenes. Este estudio tiene la ventaja adicional de contar con una muestra de población general que permite una información menos sesgada en comparación con estudios de muestras clínicas. Además, este estudio es único en una población de jóvenes de un país en desarrollo de América Latina, población para la cual se carece de información epidemiológica de los trastornos mentales y sus trayectorias.

Esta encuesta de seguimiento, como cualquier otra, tuvo dificultades en el proceso de contactar y lograr la cooperación de todos los hogares seleccionados en la muestra original. Gran parte del desgaste de la muestra se debió al período de seguimiento, ya que en 8 años hubo muchos cambios en las viviendas, desde la desaparición de las mismas para construcción de escuelas o negocios, datos telefónicos que ya no existían, cambios de domicilio por situaciones económicas, etc. Afortunadamente, el sesgo de no respuesta en el seguimiento no ocurrió en las variables de interés (fobia específica u otros trastornos mentales). Aunque, esta falta de respuesta se dio sólo en algunas de las variables sociodemográficas (sexo, convivencia con ambos padres y ser estudiante), para asegurar que la muestra de la segunda encuesta era representativa y para compensar dichas dificultades, se utilizó el análisis de atrición para crear pesos.

Por otra parte, como sólo tenemos dos mediciones durante un período de 8 años, es probable que haya algún sesgo de recuerdo de tal manera que los participantes pueden haber olvidado la presencia o el año exacto de la remisión. Sin embargo, este período de tiempo nos da información valiosa de una etapa de desarrollo a otra, lo cual no habría sido logrado en un seguimiento más corto. Otra limitación es que el tamaño de la muestra fue relativamente pequeño y, por lo tanto, algunos efectos no significativos podrían deberse a la falta de poder estadístico.

10.2. Resumen de hallazgos notables

El objetivo general de este estudio longitudinal fue identificar la trayectoria del trastorno de fobia específica, examinar los factores de riesgo y evaluar las consecuencias de padecerlo en la adolescencia para la vida adulta, ya que aporta datos para esclarecer su relevancia clínica y determinar qué tan problemático es, ya que en la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (2005) la prevalencia para este padecimiento fue muy alta. Es un esfuerzo por explicar las características de los casos persistentes e incidentes, además de conocer los resultados adversos para la salud mental a largo plazo, los factores de riesgo relacionados al desenlace de este trastorno y finalmente hacer visible la necesidad de atención en el ambiente clínico y en políticas de salud mental para esta población.

10.3. Persistencia e Incidencia del Trastorno de Fobia Específica

El primer objetivo de este trabajo fue reportar los porcentajes de la trayectoria o del desarrollo de este trastorno. Los datos revelaron que la remisión (82.5%) es mayor que la persistencia (17.5%), y que la incidencia de 2.4% es baja, lo cual, por una parte, confirma nuestra hipótesis sobre la gran remisión de este padecimiento y por otra parte, concuerda con estudios previos que plantean que los trastornos de ansiedad tienen una edad de aparición temprana, con una remisión importante y con pocos casos incidentes después de la adolescencia temprana (Bijl, *et al.*, 2002; Lipsitz *et al.* 2002; Trumpf, *et al.*, 2009; Trumpf *et al.*, 2010a; Wittchen, Lieb, Pfister and Schuster, 2000; Skodol, Geier, Grant and Hasin, 2014). La persistencia de 17.5% hallada en esta investigación es similar a la persistencia de 21.9% encontrada en la Encuesta Epidemiológica sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC) de Estados Unidos (Skodol, *et al.*, 2014), y menor a la persistencia de 39.4% reportada en el Estudio Predictor de Dresden (DPS) en Alemania (Trumpf, *et al.*, 2009). La posible explicación a las diferencias de estas proporciones son los períodos de seguimiento, por ejemplo en el DPS el seguimiento fue de 17 meses y tiene la proporción mayor de persistencia, para la NESARC el período de seguimiento fue de 3 años y la proporción es menor que en el DPS y ligeramente mayor que la encontrada en este estudio y finalmente este trabajo tuvo un seguimiento a 8 años y la menor persistencia, es decir,

a mayor período de seguimiento la proporción de persistencia disminuye. Con respecto a la incidencia fue relativamente baja comparada con el 10% señalado por Trumpf et al. (2010a) y comparada con el riesgo 4.38 por 100 años persona de la Encuesta de Salud Mental y Estudio de Incidencia de Holanda (NEMESIS) (Bijl, et al., 2002). En resumen, la marcada remisión y baja incidencia en la adultez temprana, en éste y estudios anteriores, sugiere que hay un grupo importante para el que este trastorno va a ser transitorio y la edad en sí misma podría tener una influencia positiva para el pronóstico.

10.4. Factores de riesgo para la persistencia e incidencia de Fobia Específica

El siguiente objetivo específico de este trabajo fue explorar una amplia gama de factores predictivos de la persistencia e incidencia de fobia específica. Por un lado, los resultados mostraron que la edad de inicio del trastorno en la adolescencia, tener un familiar de primer grado con fobia específica, haber tenido comorbilidad con otro trastorno mental, haber vivido negligencia y en adversidad económica predice la persistencia del trastorno como se hipotetizó, aunque no se encontró evidencia de que el sexo y el deterioro severo se asociaran a este desenlace. Por otro lado, se encontró que las personas con miedo a los espacios cerrados, haber tenido el trastorno de agorafobia, distimia y haber vivido en adversidad económica incrementan el riesgo de desarrollar fobia específica en la adultez temprana, lo que confirma parcialmente una de las hipótesis planteadas, no obstante no se detectó una asociación entre los criterios diagnósticos y la incidencia de este padecimiento.

Si bien, la literatura científica reporta consistentemente que las mujeres tienen una mayor probabilidad de presentar el trastorno de fobia específica desde la infancia hasta la vejez (Alonso, 2004; Benjet *et al.*, 2012; Depla, 2008; Essau, Conradt & Petermann, 2000; Grenier *et al.*, 2011; Kessler *et al.*, 2005a; Kim *et al.*, 2010; Stinson *et al.*, 2007), no hay estudios previos de los que se tenga conocimiento que estimen las diferencias entre hombres y mujeres en la persistencia e incidencia de este padecimiento. Esta encuesta confirma la hipótesis de que las mujeres fueron las más propensas a desarrollar esta enfermedad en la adultez temprana. Mientras que, no se

encontró evidencia para afirmar que las mujeres son más propensas a persistir que los hombres.

En cuanto a la comorbilidad como factor de riesgo para la persistencia de fobia específica, muchos estudios han reportado la relación concurrente entre fobia específica con otros trastornos psiquiátricos como otros trastornos de ansiedad, trastorno depresivo y el trastorno de uso de sustancias (Becker et al., 2007; Benjet et al., 2012; Essau, Conradt & Petermann, 2000; Trumpf et al., 2009; Stinson et al., 2007). Incluso hay estudios que sugieren que los trastornos de ansiedad y del ánimo coocurren porque comparten vulnerabilidad de afecto negativo (Craske, 2003) e hiperactivación (Joiner et al., 1999). Sin embargo, Trumpf et al. (2009) reportaron que la psicopatología en la línea basal no predice la remisión del trastorno de fobia específica en el seguimiento, lo cual concuerda con nuestro hallazgo, en el que no se tuvo evidencia de que la presencia de otros trastornos psiquiátricos concurrentes al de fobia específica confiriera un mayor riesgo para un curso crónico de este padecimiento.

Al mismo tiempo, existen investigaciones que muestran que la psicopatología preexistente predice la incidencia de fobia específica (Goodwin et al., 2004; Trumpf, 2010a), en concordancia con nuestros resultados en donde la presencia del trastorno de agorafobia y el de distimia aumentaron el riesgo de ser nuevo caso de fobia específica. Pero este descubrimiento debe interpretarse con precaución debido a la frecuencia tan pequeña que tienen ambos trastornos.

Uno de los hallazgos de importante relevancia clínica fue que, la edad de inicio de este trastorno durante la adolescencia confiere un riesgo mayor para un curso más persistente de este padecimiento, en comparación con los que iniciaron sus síntomas durante la infancia. Este descubrimiento es consistente con una investigación que examinó el aprendizaje de extinción del miedo tanto en roedores como humanos y ha demostrado un aprendizaje de la extinción atenuado en esta etapa del desarrollo en comparación con niños y adultos, sugiriendo que ocurre debido a una falta de plasticidad sináptica en las regiones prefrontales, durante la adolescencia (Pattwell et al., 2012). Teniendo en cuenta los descubrimientos de este y previos trabajos, los adolescentes pueden ser menos propensos a beneficiarse del tratamiento basado en la

exposición, que se basa en los principios de la extinción del miedo. Por desgracia, la terapia basada en la exposición es el único tratamiento basado en la evidencia para la fobia específica (Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers & Telch, 2008). Esto tiene dos importantes implicaciones: (1) los casos de fobia específica que se inician durante la infancia deben ser tratados tempranamente antes de llegar a la adolescencia y (2) puede ser necesario desarrollar y evaluar nuevas terapias o técnicas terapéuticas específicamente para adolescentes.

En relación con los familiares de primer grado con fobia específica se encontró que, cuando se tiene al menos uno, aumenta el riesgo de persistencia del trastorno. Basados en este conocimiento, se sugiere que tanto la vulnerabilidad genética como las experiencias de aprendizaje están involucrados en el desarrollo del trastorno y probablemente también están involucrados en el proceso de mantenimiento. Nuestros resultados están en concordancia, con otro estudio que confirmó una agregación familiar específica moderada en cada uno de los trastornos fóbicos del DSM-III-R (Fyer, Mannuzza, Chapman, Martin, Klein, 1995). Aunque, un estudio más reciente reportó que la carga familiar explica sólo 0.0013% de la varianza en los probandos con fobia, después de ajustar por diferentes variables explicativas adicionales (Steinhausen, Jakobsen, Meyer, Jørgensen & Lieb, 2016). Conviene subrayar que ningún estudio del que se tenga conocimiento ha examinado si este factor afecta a la persistencia de esta enfermedad.

Por otra parte, diversas investigaciones han encontrado una fuerte asociación entre las adversidades en la infancia y la aparición de trastornos psiquiátricos durante el transcurso de la vida o en cursos de psicopatología más crónicos y desfavorables en la edad adulta (Benjet et al., 2011; Green et al., 2010; McLaughlin et al., 2010). En particular, Magee, (1999) exploró adversidades crónicas ocurridas en la infancia y el inicio de fobias, encontrando que tres experiencias crónicas durante la infancia tienen efectos sobre la aparición de fobia específica: violencia a manos de uno o más adultos y agresión verbal entre padres. Asimismo, Hovens et al. (2012) reportó que la negligencia emocional y el abuso psicológico se asociaron con una mayor ocurrencia de un curso crónico de trastorno depresivo y ansiedad comórbida en un seguimiento a 2 años. En congruencia con estos estudios y con las hipótesis planteadas, esta

encuesta detectó dos adversidades crónicas que aumentan el riesgo de persistir con fobia específica: la negligencia parental y la adversidad económica, mientras que para el desarrollo del mismo trastorno en la adultez temprana sólo se encontró evidencia de la adversidad económica como factor de riesgo. Aunque, Magee (1999) detecta que las experiencias de vida que desencadenan la aparición de la fobia por lo general no se parecen a las situaciones temidas, especula que como las experiencias infantiles nocivas o amenazadoras son impredecibles e incontrolables, se crea una atmósfera de constante amenaza de daño físico y lleva a los niños a generalizar tal expectativa a objetos o situaciones relativamente inofensivas.

10.5. Comorbilidad sucesiva en la adultez temprana como resultado de presentar fobia específica en la adolescencia

Un hallazgo importante del presente estudio fue que la presencia de fobia específica sin ningún trastorno comórbido en la adolescencia confiere riesgo para el desarrollo de trastornos posteriores de uso de sustancias y otros trastornos de ansiedad en la edad adulta temprana. Este descubrimiento es consistente con el reportado por Trumpf et al. (2010b) en mujeres jóvenes. Una explicación de la asociación entre la ansiedad en general y los trastornos por uso de sustancias en estudios previos es que el consumo de sustancias disminuye los síntomas de ansiedad y, por lo tanto, es una forma de automedicación que permite a aquellos que sufren de ansiedad hacer frente a su fobia (Bolton, Cox, Clara, Sareen, 2006). La presencia de fobia específica en la adolescencia puede ser un indicativo inicial de vulnerabilidad para desarrollar patología posterior o deterioro (Burstein, et al., 2012). Estos resultados son más relevantes en un contexto y grupo de edad donde el trastorno por abuso de sustancias es el principal trastorno mental entre los adultos jóvenes (Benjet et al., 2016), enfatizando la necesidad de intervenciones integrales.

10.6. Aportaciones

Los resultados de la encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente muestran que la fobia específica es una enfermedad muy frecuente en la adolescencia. De esto surge la necesidad de realizar un estudio de seguimiento para conocer el curso de la enfermedad. Es decir, explorar si este gran grupo de jóvenes está experimentando un trastorno transitorio que se resolverá a principios de la edad adulta, y si, como profesionales deberíamos estar preocupados por estos jóvenes, aun si su trastorno remite. De acuerdo con los hallazgos, sólo una proporción menor persiste e incide en la emergente edad adulta.

Así pues, los individuos que persisten son identificados mediante ciertos rasgos como: el tener un pariente en primer grado que sufre el trastorno, el haber iniciado su sintomatología en la adolescencia (versus la infancia) y el haber experimentado negligencia parental y adversidad económica. En contraste, a los individuos que inciden se les reconoce por el miedo a los espacios cerrados, el haber tenido el trastorno de agorafobia, el trastorno de distímico y por haber vivido adversidad económica en la adolescencia.

Los resultados anteriores arrojan indicios que pueden auxiliar al especialista en la detección temprana para así brindar la atención oportuna a los miembros de los grupos en riesgo mencionados. Asimismo, los hallazgos sugieren que se debe prestar una atención oportuna a los adolescentes con fobia específica, incluso a aquellos que probablemente no persistan, pues tienen un mayor riesgo de desarrollar otros trastornos de ansiedad o trastornos por el uso de sustancias.

Los notables descubrimientos antes citados pueden emplearse o materializarse en nuevos programas de prevención o intervención. Por una parte y específicamente para los adolescentes que no pueden beneficiarse de las terapias convencionales, pueden crearse programas de prevención en habilidades de afrontamiento en lugar de terapias basadas en la exposición. Por otra parte y para los adultos emergentes que tienen trastornos de uso de sustancias u otros trastornos de ansiedad, se pueden generar intervenciones integrales que consideren la atención simultánea de otras

condiciones psicopatológicas, como el trastorno de fobia específica, cuando así se requiera.

Finalmente, los estudios futuros deberán examinar si la intervención temprana en adolescentes que sufren fobia específica puede reducir el riesgo de desarrollar otros trastornos en la edad adulta temprana, o bien explorar si hay otras consecuencias negativas para los casos remitentes distintos de la comorbilidad sucesiva.

10.7. Sugerencias al método.

Es necesario hacer sugerencias al método de esta investigación debido a las dificultades detectadas en el levantamiento de campo durante el seguimiento. Con respecto al seguimiento, es primordial mantener el contacto con los participantes, por lo menos una vez al año. Dicho contacto tendrá como objetivos: mostrar un interés genuino por el participante, recordarle la importancia de su colaboración con el estudio, actualizar la información de su domicilio, lugar de estudio o trabajo y, de ser posible, realizar un breve tamizaje.

La actualización de los datos deberá enfocarse principalmente en los participantes hombres de bajos ingresos que no vivan con sus padres y que no estudien, pues de éstos se obtuvieron menos resultados durante el seguimiento, debido a la gran movilidad o cambio de domicilios. Además, y con el fin de reducir costos, el contacto periódico podrá ser únicamente por teléfono.

Cuando se realicen encuestas en los hogares deberán acudir dos entrevistadores; así, mientras uno realiza la entrevista al participante, el otro dialoga con los familiares presentes al momento de la visita. De esta forma, se asegura tanto la confidencialidad como la veracidad de las respuestas.

Una herramienta que hubiera sido de gran utilidad para el seguimiento es el consentimiento informado recabado en la primera encuesta. En muchos casos los padres o tutores olvidaron su participación en la investigación, y este documento les hubiera otorgado a los participantes la confianza necesaria para continuar con dicho seguimiento.

Con el fin de que se tomen en cuenta y se busquen estrategias para superarlos, se listan aquí los principales motivos por los que fue imposible entrevistar a los

participantes localizados: (1) la negativa de la madre para contactar al adulto joven pues ésta consideraba que su hijo no lo necesitaba o no tenía el tiempo para atender a los entrevistadores; (2) la desconfianza de los participantes por la delincuencia en la zona; y (3) el miedo de los participantes a ser detenidos o llevados a centros de adicciones. Por estas razones, es de suma importancia que los entrevistadores sean capacitados y puedan sensibilizar a los involucrados en la investigación.

11. Conclusiones

Esta investigación trató de señalar si los clínicos y los investigadores deben preocuparse por la fobia específica, y si es así, por qué. Si bien la persistencia o la incidencia de la fobia específica desde la adolescencia hasta la edad adulta es baja, nuestros hallazgos sugieren que debemos preocuparnos por la fobia específica en la adolescencia, por las dos razones siguientes: (1) porque el inicio en la adolescencia puede estar asociado a un mayor riesgo de persistencia que la fobia específica de inicio de la infancia y (2) porque la fobia específica en la adolescencia puede conferir un mayor riesgo de desarrollar otros trastornos de ansiedad y trastornos de uso de sustancias en la edad adulta.

12. Referencias.

- Achenbach, T. M. (1990). Conceptualization of developmental psychopathology. En M. Miller (Ed.), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(Suppl. 420), 38–46.
- American Psychiatric Association. (1980) *DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000) *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4th edition rev.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013) *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 5th edition.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Antony, M.A. y Barlow, D.H. (2002). Specific phobias. En D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders* (2^a ed., pp. 380-417). Nueva York: Guilford.
- Antony, M.M., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1997). Heterogeneity among specific phobia types in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1089-1100.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2^a Ed.). Nueva York: Guilford.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive theory and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T. y Greenberg R.L. (1988). *Cognitive therapy of panic disorders* in *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol.7 Edited by Frances A.J. Hales R.E. Washington, DC, American Psychiatric Press, 571-583

- Beck, Emery y Greenberg, 2014. Trastornos de ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva. Versión castellana: Bernardo Moreno Carrillo. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Becker, E., Rinck, M., Türke, V., Krause, P., Goodwin, R., Neumer, S. y Margraf, J. (2007). Epidemiology of specific phobia subtypes: findings from the Dresden Mental Health Study. *European Psychiatry*, 22, 69–74.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas E., y Cruz, C. (2009a). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155-163.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Zambrano, J., y Aguilar-Gaxiola, S. (2009b). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386–395.
- Benjet C., Borges G., Méndez E., Fleiz C., Medina Mora M. (2011). The association of chronic adversity with psychiatric disorder and disorder severity in adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 459–468.
- Benjet, C., Borges, G., Stein, D., Méndez, E. y Medina-Mora, M. (2012). Epidemiology of fears and specific phobia in adolescence: Results from the Mexican adolescence mental health survey. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(2), 152-158.
- Benjet C., Borges G., Mendez E., Albor Y., Casanova L., Orozco R., ... Medina-Mora ME. (2016) Eight-year incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood: longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(2), 163–173. doi:10.107/s0787-015-
- Bieler, G.S., Brown, G.G., Williams, R.L. y Brogan, D.J. (2010). Estimating model-adjusted risks, risk differences, and risk ratios from complex survey data. *American Journal Epidemiology*, 171, 618-623. doi: 10.1093/aje/kwp440
- Bijl, R. V., de Graaf, R., Ravelli, A., Smit, F., y Vollebergh, W. A. M. (2002). Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 372–379.
- Bolton, J, Cox B, Clara I, y Sareen, J. (2006). Use of alcohol and drugs to self medicate anxiety disorders in a nationally representative sample. *J Nerv Ment Dis*, 194(11): 818–825.

- Boschen, M.J. (2008) Publication trends in individual anxiety disorders: 1980–2015. *Journal of Anxiety Disorder*, 22(3), 570-575.
- Boyd, J.H. & Crump T. (1991). Westphal's agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 5(1):77–86.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. y Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Burstein, M., Georgiades, K., He, J.P., Schmitz, A., Feig, E., Khazanov, G.H. y Merikangas, K. (2012). Specific phobia among US adolescents: phenomenology and typology. *Depression and Anxiety*, 29(12):1072–1082. doi:10.102/da.208
- Craske, M.G. (2003). *Origins of phobia and anxiety disorders: Why more women than men?* Oxford, UK: Elsevier.
- Curtis, G.C., Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H.-U. y Kessler, R.C. (1998). Specific fears and phobias: Epidemiology and classification. *British Journal of Psychiatry*, 173, 212-217.
- Davidson J (2005) Contesting stigma and contested emotions. Personal experience and public perception of specific phobias. *Social Science and Medicine*, 61(19): 2155–64.
- Depla, M., ten Have, M., van Balkom, A., y de Graaf, R. (2008). Specific fears and phobias in the general population: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(3), 200–208.
- European Policy Information Research for Mental Disorders, EPREMED Consortium. (2008). Final Report. Recuperado en: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_04_en.pdf
- Essau, C. A. (2003). Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. *Depression and Anxiety*, 18, 1–6.
- Essau, C., Conradt, J. y Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 263-279.
- Etkin A, y Wager TD. (2007) Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1476–1488.
- Fyer, A.J., Mannuzza, S., Chapman, T.F., Lynn, Y.M. y Klein, D.F. (1995) Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52 (7), 564–573. doi:10.101/archpsyc.195.039501904607

- Freud, S. (1973a). Obsesiones y fobias. 1894-1895, O.C., Tomo I. Ed. Biblioteca Nueva. Tercera edición. Madrid.
- Gerdes, A.B., Alpers, G.W., y Pauli P. (2008). When spiders appear suddenly: spider-phobic patients are distracted by task-irrelevant spiders. *Behav Res Ther*, 46 (2), 174-187.
- Goodwin, R. D., Lieb, R., Höfler, M., Pfister, H., Bittner, A., Beesdo, K., y Wittchen, H.U. (2004). Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2207-2214.
- Green, J.G., McLaughlin, K.A., Berglund, P.A., Gruber M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M. y Kessler, R.C. (2010) Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry* 67, 113-123
- Grenier, S., Schuurmans, J., Goldfarb, M., Prévaille, M. y Boyer, R. (2011). The Epidemiology of Specific Phobia and Sub threshold Fear Subtypes in a Community-Based Sample of Older Adults. *Depression and Anxiety* 28: 456-463
- Grimal, P. (1981) *Diccionario de Mitología griega y romana*. Paidós.
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 429-451.
- Gureje O., Lasebikan V.O. y Kola L. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Wellbeing. *The British Journal of Psychiatry*, 188(5), 465-471.
- Haidt, J., McCauley, C., & Rozin, P. (1994). Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences*, 16, 701-713.
- Haro, J.M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T.S., de Girolamo, G., Guyer, M.E., Jin, R., ... Kessler, R.C. (2006). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(4), 167-180.
- Hovens, J.G., Giltay, E.J., Wiersma, J.E., Spinhoven, P. Penninx B.W. y Zitman F.G. (2012) Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 126(3), 198-207. doi:10.1111/j.160-047.201.01828.x

- Ishikawa, H., Kawakami, N. y Kessler, R.C. (2016). Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: results from the final dataset of World Mental Health Japan Survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 25(3), 217-29. doi: 10.1017/S2045796015000566.
- Joiner, T.E., Steer, R.A., Beck, A.T., Schmidt, N.B., Rudd, M.D. y Catanzaro, S.J. (1999) Physiological hyper arousal: Construct validity of a central aspect of the tripartite model of depression and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), 290-298
- Karam E.G., Mneimneh Z.N., Karam A.N., Fayyad J.A., Nasser S.C., Chatterji S., y Kessler R.C. (2006). 12 month prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: A National Epidemiologic Survey. *The Lancet*, 367(9515): 1000-1006. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68427-4
- Kessler, R.C., & Ustun, T.B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93-121.
- Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K. y Walters E. (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62, 593–602
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. y Walters, E. E. (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
- Kessler R., Avenevoli S., Green J., Gruber M., Guyer M., He Y., ... Zaslavsky A.M. (2009). National comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A): III. Concordance of DSM-IV/CIDI diagnoses with clinical reassessments. *Journal of American Academy of Child & adolescent Psychiatry*, 48(4), 386-399
- Kessler, R., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K., y Green, J. (2011). Development of Lifetime Comorbidity in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 68(1):90-100.
- Kessler, R.C., Avenevoli, S., Costello, E.J., Georgiades K., Green J.G., Gruber M.J., ... Merikangas K.R. (2012). Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry* y, 69(4): 372–380. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.160.

- Kim, S., Kim, B., Cho, S., Kim, J., Shin, M., Yoo, H., y Kim H. (2010). The prevalence of specific phobia and associated co-morbid features in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 629-634.
- King, N., Ollendick, T.H. & Tonge, B.J. (1997). Children's nighttime fears. *Clin Psychol Rev*, 17(4), 431-43.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J.M. Shlien (Ed.), *Research in Psychotherapy* (Vol.3). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lang, P.J. (1970). Stimulus Control, Response Control and Desensitization of Fear. *Learning Approaches to Therapeutic Behavior Change*. Chicago: Aldine Press.
- Lang, P.J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16(6), 495-512.
- LeBeau R.T., Glenn D., Liao B., Wittchen H.U., Beesdo-Baum K., Ollendick T. y Craske M.G. (2010). Specific phobia: a review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 148-67
- Lichtenstein, P. & Annas, P. (2000). Heritability and prevalence of specific fears and phobias in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 927-937.
- Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H., y Wittchen, H.U. (2002). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring. *Archives of General Psychiatry*, 59, 365-374.
- Lilienfeld, D.E. & Stolley, P.D. (1994). *Foundation of Epidemiology*. 3th Ed. New York: Oxford University Press.
- Lipsitz, J.D., Barlow, D.H., Mannuza, S., Hofmann, S.G. & Fyer, A.J. (2002). Clinical features of four DSM-IV specific subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 471-478.
- McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., y Kessler, R.C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) III: associations with functional impairment related to DSM-IV disorders. *Psychological Medicine*, 40, 847-859
- McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., et al. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication II: associations with persistence of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 124-132. doi:10.101/archgenpsychiatry.209.187

- Magee, W.J. (1999). Effects of negative life experiences on phobia onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 343-351. doi:10.107/s0127050154
- Medina-Mora M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., ... Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35(12), 1773-1783.
- Merikangas, K., Jian-ping He, Burstein, M., Swanson, S., Avenevoli, S., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Mogg, K., Bradley, B., Miles, F. y Dixon, R. (2004). BRIEF REPORT Time course of attentional bias for threat scenes: Testing the vigilance-avoidance hypothesis. *Cognition & Emotion*, 18(5), 689-700
- Mogotsi, M., Kaminer, D., & Stein, D. J. (2000). Quality of life in the anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 273-282.
- Mühlberger, A., Wiedemann, G., Herrmann, M.J. y Pauli, P. (2006). Phylo- and ontogenetic fears and the expectation of danger: Differences between spider- and flight-phobic subjects in cognitive and physiological responses to disorder-specific stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 580-589
doi: 10.1037/0021-843X.115.3.580
- Muris, P., Merckelbach, H., de Jong, P. y Ollendick, T.H. (2002). The etiology of specific fears and phobias in children: a critique of the non-associative account. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 127-149.
- Ollendick, T., King, N. & Muris, P. (2002) Fears and phobias in children: phenomenology, epidemiology and etiology. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 98-106.
- Ollendick, T. H., Raishevich, N., Davis, T. E., Sirbu, C. y Öst, L.G. (2010). Specific Phobia in Youth: Phenomenology and Psychological Characteristics. *Behavior Therapy*, 41(1) 133-141.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2000). *Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. España: Panamericana.

- Page, A. C. (2003). The role of disgust in faintness elicited by blood and injection stimuli. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 45–58.
- Pattwell, S.S., Duhoux, S., Hartley, C.A., Johnson, D.C., Jing, D., Elliott, M.D., ... Lee F. (2012). Altered fear learning across development in both mouse and human. *Proceedings of the National Academy Sciences United States of America*, 109(40), 16318–16323. doi:10.1073/pnas.1206834109
- Pelechano, V. (1981). *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplús.
- Rachman, S. J. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 375–387.
- Research Triangle Institute (2015). *SUDAAN Language Manual, Volumes 1 and 2, Release 11*. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.
- Robinson III, E., & Rotter, J. (1991). Children's fears: Toward a preventative model. *School Counselor*, 38(3), 187
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sawchuk, C. N., Lohr, J. M., Tolin, D. F., Lee, T. C. & Kleinknecht, R. A. (2000). Disgust sensitivity and contamination fears in spider and blood-injection-injury phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 753-762.
- Shen, Y., Zhang M., Huang Y., He Y., Liu Z., Cheng H., ... Kessler, R.C. (2006). Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychological Medicine*, 36, 257–267.
- Shin, L.M. & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169–191.
- Skodol, A.E., Geier, T., Grant, B.F., y Hasin, D.S. (2014). Personality disorders and the persistence of anxiety disorders in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 31(9), 721–728. doi:10.102/da.287
- Steinhausen, H.C., Jakobsen, H., Meyer, A., Jørgensen, P.M., y Lieb, R. (2016). Family Aggregation and Risk Factors in Phobic Disorders over three Generations in a Nation-Wide Study. *PLoS ONE* 11 (1): e0146591. doi:10.1371/journal.pone.0146591
- Stinson, F., Dawson, D., Chou, P., Smith, S., Goldstein, R., W. Ruan, J. y Grant, B. (2007). The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 37, 1047–1059.

- Ströhle, A., Höfler, M., Pfister, H., Müller, A.G., Hoyer, J., & Wittchen, H.U. (2007). Physical activity and prevalence and incidence of mental disorders in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 37, 1657–1666.
- Trumpf, J., Becker, E., Vriends, N., Meyer, A. & Margraf, J., (2009). Rates and predictors of remission in young women with specific phobia: A prospective community study. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 958-964.
- Trumpf, J., Margraf, J., Vriends, A., Meyer, A. & Becker, E. (2010a). Predictors of specific phobia in young women: A prospective community study. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(1), 87–93
- Trumpf J., Margraf J., Vriends A. & Becker E. (2010b). Specific phobia predicts psychopathology in young women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(12), 1161-1166.
- Valiente, R.M., Sandín, B., y Chorot, P. (2003). *Miedos en la infancia y la adolescencia*. Madrid: UNED.
- Van Houtem, C. M. H. H., Laine, M. L., Boomsma, D. I., Lighthart, L., van Wijk, A. J. & De Jongh, A. (2013) A review and meta-analysis of the heritability of specific phobia subtypes and corresponding fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 379– 388.
- Verger, P., Guagliardo, V., Gilbert, F., Rouillon, F., y Kovess-Masfety, V. (2010). Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 189–199
- Wittchen, H.U., Lieb, R., Pfister, H. y Schuster, P. (2000). The waxing and waning of mental disorders: evaluating the stability of syndromes of mental disorders in the population. *Compr Psychiatry*, 41(2), 122–132. doi:10.1016/S010-40X(0)8018-8
- Woody, S. R., McLean, C., & Klassen, T. (2005). Disgust as a motivator of avoidance of spiders. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 461–475.
- Wolitzky-Taylor, K.B., Horowitz, J.D., Powers, M.B. y Telch M.J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6):1021–1037. doi:10.1016/j.cpr.208.02.0

13. Anexos

Anexo 1: Medición de fobia específica

Tamizaje

SC27an. Las siguientes preguntas son sobre cosas que les dan miedo a algunas personas a pesar de que saben que no hay peligro real. En la primera entrevista mencionó haber tenido algún período en su vida en que tuvo un fuerte miedo a alguna de las siguientes cosas. ¿Ha vuelto a tener un fuerte miedo a alguna de estas cosas en cualquier momento desde la primera entrevista en el 2005? (si nec: ¿en algún momento desde que tenía 15 años hasta la fecha?). Primero insectos, serpientes, perros o cualquier otro animal?

Si No

SC27a. Las siguientes preguntas son sobre cosas que les dan miedo a algunas personas a pesar de que saben que no hay peligro real. ¿Ha habido algún período en su vida en que tuvo un fuerte miedo a alguna de las siguientes cosas?

Primero insectos, serpientes, perros o cualquier otro animal?

Si No

SC27b. Segundo. Aguas tranquilas, como una alberca o un lago, o fenómenos atmosféricos, como tormentas, truenos o relámpagos?

Si No

SC27c. Tercero. Ir al dentista, ir al médico, ponerse una inyección, ver sangre, ver una herida, estar en un hospital o en el consultorio de un médico?

Si No

SC27d. Cuarto. A cuevas, túneles, closets o elevadores?

Si No

SC27e. Quinto. Techos, balcones, puentes o escalares altas?

Si No

Sc27f. Sexto. Volar o viajar en aviones?

Si No

SC27_2. Usted le tiene miedo a (animales, ambiente natural, experiencias médicas, a los espacios cerrados, a las alturas o volar) ¿Alguna vez en su vida se ha sentido muy nervioso cuando se encontraba en esta situación?

Si No

SC27_3. Usted ha evitado esta situación cuando pudo hacerlo debido a su miedo?

Si No

SC27_4. Usted cree que alguna vez su miedo ha sido mucho más fuerte de lo que debería haber sido?

Si No

Grupo 1 [animales]

*SP3. Al principio usted mencionó haber tenido más miedo que la mayoría de las personas a insectos, arañas, serpientes u otros animales. ¿Qué edad tenía la <u>primera vez</u> que tuvo miedo a este miedo?	_____ Años	
	Antes de entrar escuela	4
	Antes de la adolescencia	12
	Después de la adolescencia	13
SI "TODA MI VIDA" O "DESDE QUE ME ACUERDO," CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de entrar a la escuela?	no sabe	998
SI NO RESPONDE "SI", CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de la adolescencia?	Rehusa	999
*SP3a. alguna vez en su vida usted casi siempre se ponía <u>mal</u> o <u>ansioso</u> cuando se encontraba con (EL ANIMAL/esta clase de animales que más le atemorizaba)?	Si	1
	No	5
	No sabe	8
	Rehusa	9
*SP3b. alguna vez <u>evitó</u> situaciones en las que tenía probabilidad de ver al (ANIMAL/esta clase de animales) debido a su miedo?	Si	1
	No	5 pase a *sp4
	No sabe	8 pase a *sp4
	Rehusa	9 pase a *sp4
*SP3c. ¿Cuántos años tenía la primera vez que usted evitó situaciones en las que podía ver (ANIMAL/esta clase de animales)?	_____ Años	
SI "TODA MI VIDA" O "DESDE QUE ME ACUERDO,"	Antes de entrar a escuela	4
CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de entrar a la escuela?	Antes de la adolescencia	12
SI NO RESPONDE "SI", CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de la adolescencia?	Después de la adolescencia	13
	no sabe	998
	Rehusa	999
*SP3e. Usted cree que alguna vez su miedo ha sido mucho más fuerte de lo que debería haber sido?	SI	1
	NO	5
	NO SABE	8
	REHUSA	9

Grupo 2 [frase clave = tormentas o aguas tranquilas]

*SP5. (Anteriormente/Usted también) mencionó haber tenido más _____ Años

miedo que la mayoría de las personas a estar en tormentas ó en aguas tranquilas. ¿Qué edad tenía la <u>primera vez</u> que tuvo este miedo?	Antes de entrar escuela	4
	Antes de la adolescencia	12
	Después de la adolescencia	13
SI "TODA MI VIDA" O "DESDE QUE ME ACUERDO," CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de entrar a la escuela?	no sabe	998
	Rehusa	999
SI NO RESPONDE "SI", CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de la adolescencia?		
*SP5a. ¿Alguna vez en su vida usted casi siempre se ponía <u>mal</u> o <u>ansioso</u> cuando se encontraba en esta situación que más le atemorizaba?	Si	1
	No	5
	No sabe	8
	Rehusa	9
*SP5b. Alguna vez <u>evitó</u> estar en una tormenta o en aguas tranquilas debido a su miedo?	Si	1
	No	5 pase a *sp6
	No sabe	8 pase a *sp6
	Rehusa	9 pase a *sp6
*SP5c. ¿Cuántos años tenía la primera vez que empezó a evitar este tipo de situaciones?	_____ Años	
	Antes de entrar a escuela	4
	Antes de la adolescencia	12
	Después de la adolescencia	13
SI "TODA MI VIDA" O "DESDE QUE ME ACUERDO," CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de entrar a la escuela?	no sabe	998
	Rehusa	999
SI NO RESPONDE "SI", CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de la adolescencia?		
*SP5e. Usted cree que alguna vez su miedo ha sido mucho más fuerte de lo que debería haber sido?	SI	1
	NO	5
	NO SABE	8
	REHUSA	9

Grupo 3 [frase clave = sangre , heridas, o experiencias medicas]

*SP7. (Anteriormente/Usted también) mencionó haber tenido más miedo que la mayoría de las personas a ir al doctor, al dentista, o a un hospital para ser inyectado ó ver sangre o heridas. ¿Qué edad tenía la <u>primera vez</u> que tuvo este miedo?	_____ Años	
	Antes de entrar escuela	4
	Antes de la adolescencia	12
	Después de la adolescencia	13
SI "TODA MI VIDA" O "DESDE QUE ME ACUERDO," CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de entrar a la escuela?	no sabe	998
	Rehusa	999
SI NO RESPONDE "SI", CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes		

de la adolescencia?

*SP7a. ¿Alguna vez en su vida usted se ponía <u>mal</u> o <u>ansioso</u> casi siempre, cuando se encontraba en esta situación que más le atemorizaba?	Si	1
	No	5
	No sabe	8
	Rehusa	9
*SP7b. ¿Alguna vez <u>evitó</u> cualquiera de estas cosas cuando lo pudo hacer debido a su miedo?	Si	1
	No	5 pase a *sp8
	No sabe	8 pase a *sp8
	Rehusa	9 pase a *sp8
*SP7c. ¿Qué edad tenía la <u>primera vez</u> que evitó cualquiera de estas situaciones?	_____ Años	
	Antes de entrar a escuela	4
SI "TODA MI VIDA" O "DESDE QUE ME ACUERDO," CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de entrar a la escuela?	Antes de la adolescencia	12
	Después de la adolescencia	13
SI NO RESPONDE "SI", CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de la adolescencia?	no sabe	998
	Rehusa	999
*SP7e. Usted cree que alguna vez su miedo ha sido mucho más fuerte de lo que debería haber sido?	SI	1
	NO	5
	NO SABE	8
	REHUSA	9
SP7f. ¿Con qué frecuencia se desmayó cuando vio sangre-siempre, la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca?	Siempre	1
	La mayoría de las veces	2
	Algunas veces	3
	Casi nunca	4
	Nunca	5
	No sabe	8
	Rehusa	9

Grupo 4 [frase clave = espacios cerrados]

*SP9. (Anteriormente/Usted también) mencionó haber tenido más miedo que la mayoría de las personas a lugares cerrados, como cuevas, túneles, closets o elevadores ¿Qué edad tenía la <u>primera vez</u> que tuvo este miedo?	_____ Años	
	Antes de entrar escuela	4
	Antes de la adolescencia	12
	Después de la adolescencia	13
SI "TODA MI VIDA" O "DESDE QUE ME ACUERDO," CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de entrar a la escuela?	no sabe	998
	Rehusa	999

SI NO RESPONDE “SI”, CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de la adolescencia?

*SP9a. ¿Alguna vez en su vida usted se ponía mal o ansioso casi siempre, cuando estaba en espacios cerrados?

Si 1
No 5

(SI DICE ESPONTANEAMENTE: “ESTO DEPENDE DE QUE ESPACIO CERRADO SEA” CONTINUE PREGUNTANDO: y si se

No sabe 8
Rehusa 9

encontrara en el espacio cerrado que usted más temiera, se pondría muy mal o ansioso?

*SP9b. ¿Alguna vez evitó cualquiera de estos espacios cerrados cuando lo pudo hacer debido a su miedo?

Si 1
No 5 pase a *sp10
No sabe 8 pase a *sp10
Rehusa 9 pase a *sp10

*SP9c. ¿Qué edad tenía la primera vez que evitó los espacios cerrados?

_____ Años
Antes de entrar a escuela 4

SI “TODA MI VIDA” O “DESDE QUE ME ACUERDO,”

Antes de la adolescencia 12

CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de entrar a la escuela?

Después de la adolescencia 13

SI NO RESPONDE “SI”, CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de la adolescencia?

no sabe 998
Rehusa 999

*SP9e. Usted cree que alguna vez su miedo ha sido mucho más fuerte de lo que debería haber sido?

SI 1
NO 5
NO SABE 8
REHUSA 9

¿Qué era lo que más temía de estar en espacios cerrados?

SI NO NS RH

(SI NEC:: ¿Tenía miedo de....)

(1) (5) (8) (9)

*SP9f. quedarse atrapado y ser incapaz de escapar?

1 5 8 9

*SP9g. sufrir una crisis de angustia y ser incapaz de obtener ayuda?

1 5 8 9

*SP9h. enfermarse físicamente y ser incapaz de obtener ayuda?

1 5 8 9

*SP9i. no poder respirar?

1 5 8 9

*SP9k. ¿Entonces qué era lo que más temía cuando se encontraba en espacios cerrados?

NO SABE 8

Grupo 5 [frase clave = alturas]

*SP11. (Anteriormente/Usted también) mencionó haber tenido más miedo que la mayoría de las personas a lugares altos. ¿Qué edad tenía la <u>primera vez</u> que tuvo este miedo?	_____ Años			
SI "TODA MI VIDA" O "DESDE QUE ME ACUERDO,"	Antes de entrar escuela		4	
CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de entrar a la escuela?	Antes de la adolescencia		12	
SI NO RESPONDE "SI", CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de la adolescencia?	Después de la adolescencia		13	
	no sabe		998	
	Rehusa		999	
*SP11a. Alguna vez en su vida usted se ponía <u>mal</u> o <u>ansioso</u> casi siempre, cuando estaba en lugares altos?	Si		1	
(SI DICE ESPONTANEAMENTE: "ESTO DEPENDE DE QUE LUGAR SEA" CONTINUE PREGUNTANDO: y si usted se encontrara en el lugar alto que usted <u>más</u> temiera, en <u>ese caso</u> , se pondría <u>muy mal</u> o <u>ansioso</u> ?	No		5	
	No sabe		8	
	Rehusa		9	
*SP11b. Alguna vez evitó los lugares altos cuando lo pudo hacer debido a su miedo?	Si		1	
	No		5 pase a *sp12	
	No sabe		8 pase a *sp12	
	Rehusa		9 pase a *sp12	
*SP11c. ¿Qué edad tenía la <u>primera vez</u> que evitó los lugares altos?	_____ Años			
SI "TODA MI VIDA" O "DESDE QUE ME ACUERDO,"	Antes de entrar a escuela		4	
CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de entrar a la escuela?	Antes de la adolescencia		12	
SI NO RESPONDE "SI", CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de la adolescencia?	Después de la adolescencia		13	
	no sabe		998	
	Rehusa		999	
*SP11e. Usted cree que alguna vez su miedo ha sido mucho más fuerte de lo que debería haber sido?	SI		1	
	NO		5	
	NO SABE		8	
	REHUSA		9	
¿Qué era lo que más temía de estar en lugares altos? (SI NEC:: Tenía miedo de...)	SI	NO	NS	RH
	(1)	(5)	(8)	(9)
*SP11f. sentirse mareado y caerse?	1	5	8	9
*SP11g. poder saltar?	1	5	8	9

*SP11h. sufrir una crisis de angustia y ser incapaz de obtener ayuda?	1	5	8	9
*SP11i. enfermarse físicamente y ser incapaz de obtener ayuda?	1	5	8	9
*SP11k. ¿Entonces qué era lo que más temía cuando se encontraba en lugares altos?				

NO SABE 8

REHUSA 9

Grupo 6 [frase clave = volar]

*SP13. (Anteriormente/Usted también) mencionó haber tenido más miedo que la mayoría de las personas a volar o a viajar en avión. ¿Qué edad tenía la <u>primera vez</u> que tuvo este miedo? SI "TODA MI VIDA" O "DESDE QUE ME ACUERDO," CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de entrar a la escuela? SI NO RESPONDE "SI", CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de la adolescencia?	_____ Años			
	Antes de entrar escuela			4
	Antes de la adolescencia			12
	Despues de la adolescencia			13
	no sabe			998
	Rehusa			999
*SP13a. Alguna vez en su vida usted se ponía <u>mal</u> o <u>ansioso</u> casi siempre, cuando volaba o viajaba en avión?	Si			1
	No			5
	No sabe			8
	Rehusa			9
*SP13b. ¿Alguna vez evitó volar o viajar en avión cuando lo pudo hacer debido a su miedo?	Si	1		
	No	5	pase a *sp14	
	No sabe	8	pase a *sp14	
	Rehusa	9	pase a *sp14	
*SP13c. ¿Qué edad tenía la <u>primera vez</u> que tuvo este miedo? SI "TODA MI VIDA" O "DESDE QUE ME ACUERDO," CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de entrar a la escuela? SI NO RESPONDE "SI", CONTINUE PREGUNTANDO: ¿Fue antes de la adolescencia?	_____ Años			
	Antes de entrar a escuela			4
	Antes de la adolescencia			12
	Despues de la adolescencia			13
	no sabe			998
	Rehusa			999
*SP7e. Usted cree que alguna vez su miedo ha sido mucho más fuerte de lo que debería haber sido?	SI			1
	NO			5
	NO SABE			8
	REHUSA			9

¿Qué era lo que más temía de volar o viajar en avión?	SI	NO	NS	RH
(SI NEC:: Tenía miedo de...)	(1)	(5)	(8)	(9)
*SP13f. sentirse suspendido en el aire ?	1	5	8	9
*SP13g. estar en un espacio cerrado?	1	5	8	9
*SP13h. sufrir una crisis de angustia y ser incapaz de obtener ayuda?	1	5	8	9
*SP13i. enfermarse físicamente y ser incapaz de obtener ayuda?	1	5	8	9
*SP13j. que el avión pueda estrellarse?	1	5	8	9

*SP13k. ENTREVISTADOR : SI R RESPONDIO 'SI' A POR LO MENOS UNA PREGUNTA DE ESTA SERIE

*SP13f-*SP13j

SI 1 PASE A *SP14

NO 5

*SP13l. ¿Entonces qué era lo que más temía de volar o viajar en avión?

NO SABE 8

REHUSA 9

*SP16. Usted ha mencionado que tiene miedo a (FRASES CLAVE ENLISTADAS EN EL CUADRO *SP1 TODOS LOS GRUPOS MARCADOS EN *SP1). ¿En qué medida el miedo o la evitación a estas cosas alguna vez dificultó(aron) su trabajo, su vida social o sus relaciones personales- nada, un poco, regular, mucho, o muchísimo?

Nada 1

Un poco 2

Regular 3

Mucho 4

Muchísimo 5

No sabe 8

Rehusa 9

*SP17. ¿Alguna vez en su vida se sintió emocionalmente mal, preocupado(a), o decepcionado(a) consigo mismo debido a su miedo o evitación a alguna de estas situaciones?

SI 1

NO 2

NO SABE 8

REHUSA 9

*SP18. (CR, PG 13) Piense en el período de su vida en el cual su miedo fue más grave. Cuando se encontraba o pensó que se iba a encontrar con estas situaciones, ha tenido usted dos o más de los problemas?

LEA LA LISTA DE ABAJO EMPEZANDO CON SP18a SOLO SI R PREFIERE QUE SE LAS LEAN

SI 1 PASE A *SP19

NO 5

NO SABE 8

REHUSA 9

PASE A *SP19 DESPUES DE DOS RESPUESTAS "SI" SI NO NS RH
(1) (5) (8) (9)

*SP18a. sintió que su corazón latía fuerte o rápidamente? 1 5 8 9

*SP18b. sudó? 1 5 8 9

*SP18c. tembló? 1 5 8 9

*SP18d. tuvo dolor o malestar en el estómago? 1 5 8 9

*SP18e. tuvo la boca seca? 1 5 8 9

*SP18f. tuvo escalofríos o se sofocaba? 1 5 8 9

*SP18g. sintió hormigueo o entumecimiento? 1 5 8 9

*SP18h. tuvo problemas para respirar normalmente? 1 5 8 9

*SP18i. sintió como si se atragantara? 1 5 8 9

*SP18j. tuvo dolor o malestar en el pecho? 1 5 8 9

*SP18k. se sintió mareado(a) o como si fuera a desmayarse? 1 5 8 9

*SP18l. tuvo miedo de morir? 1 5 8 9

*SP18m. tuvo miedo de perder el control, volverse loco(a) o de perder el conocimiento? 1 5 8 9

*SP18n. sintió que estaba distante de la situación "como si no estuviera realmente allí", o como si estuviera mirando una película de sí mismo (a)? 1 5 8 9

*SP18o. Sintió como si las cosas a su alrededor no fueran ¿cuándo' reales o como si fueran un sueño? 1 5 8 9

*SP19. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo mucho miedo o evitó alguna de estas cosas – en el último mes, de dos a seis meses, de siete a doce meses, o más de doce meses?

EN EL ULTIMO MES 1 PASE A *SP21

DE 2 A 6 MESES.....2 PASE A *SP21
 DE 7 A 12 MESES3 PASE A *SP21
 MAS DE 12 MESES.....4
 NO SABE.....8
 REHUSA..... 9

*SP20. ¿Qué edad tenía la última vez que tuvo mucho miedo o evitó alguna de estas cosas?

_____ AÑOS

NO SABE 998

REHUSA 999

*SP21. ¿Qué ocurriría si se encontrara con alguna de estas situaciones hoy? ¿Qué tan grave sería el miedo – nada, leve, moderado, grave, o muy grave?

(SI DICE ESPONTÁNEAMENTE “DEPENDE DE CUÁL SEA LA SITUACIÓN” CONTINUE PREGUNTADO: ¿Qué ocurriría si se encontrara con la situación que más miedo le da, qué tan grave sería su miedo – nada, leve, moderado, grave, o muy grave?)

NADA 1 PASE A *SP27

LEVE 2 PASE A *SP27

MODERADO 3

GRAVE 4

MUY GRAVE 5

NO SABE 8

REHUSA 9

*SP22. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia evitó alguna de estas situaciones que le dan miedo-- siempre, la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, o nunca?

(SI DICE ESPONTÁNEAMENTE “DEPENDE DE CUÁL SEA LA SITUACION,” CONTINUE PREGUNTADO: ¿Qué pasaría con la situación que más evita: ¿La evitó siempre, la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, o nunca?)

Siempre 1

La mayoría de las veces 2

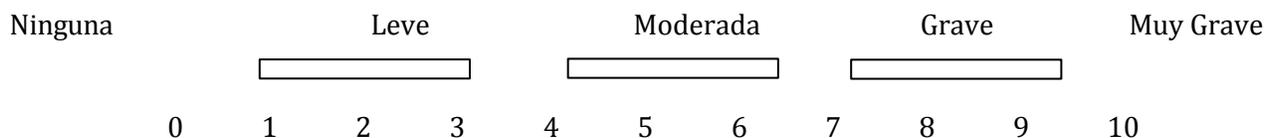
Algunas veces 3

Casi nunca 4

(si dice espont.) Nunca 5

No sabe 8

Rehusa 9



*SP23. (CR, PG 64) Piense en el mes o más durante los últimos 12 meses en que su miedo a (o evitación) estas situaciones fue más grave. Ve la página 64 de su cuaderno de respuestas. En una escala de 0 a 10, donde 0 significa ninguna dificultad y 10 significa dificultad muy grave, ¿qué número describe mejor en qué medida su miedo (o evitación) dificultaron cada una de las siguientes actividades durante ese tiempo?:

[SI NEC: Durante ese período, ¿en qué medida su miedo (o evitación) ha(n) dificultado (ACTIVIDAD) ?]
 NÚMERO (0-10)

*SP23a. Las tareas domésticas, como la limpieza, las compras, y el cuidado del hogar ____

- NO PROCEDE 97
- NO SABE 98
- REHUSA 99

*SP23b. Su capacidad para trabajar _____ NÚMERO (0-10)

- NO PROCEDE 97
- NO SABE 98
- REHUSA 99

*SP23c. Su capacidad para iniciar y mantener relaciones estrechas con otra gente? ____ NÚMERO (0-10)

- NO PROCED 97
- NO SABE 98
- REHUSA 99

*SP23d. Su vida social _____ NÚMERO (0-10)

- NO PROCEDE 97
- NO SABE. 98
- REHUSA 99

*SP25. Aproximadamente, ¿cuántos días en los últimos 12 meses fue totalmente incapaz de hacer sus actividades habituales debido a su miedo (o evitación)? (SI NEC: Para responder utilice un número entre 0 y 365.)

_____ NÚMERO DE DÍAS

- NO SABE 998
- REHUSA 999

*SP27. ¿Alguna vez en su vida ha consultado a un médico u otro profesional acerca de su miedo (o evitación) (Por otros profesionales nos referimos a psicólogos, sacerdotes, yerberos, naturistas, homeópatas, acupunturistas, curanderos, espiritistas, sobadores, santeros y otros profesionales relacionados con la salud.)

SI	1	
NO	5	PASE A *SP41.1
NO SABE	8	PASE A *SP41.1
REHUSA	9	PASE A *SP41.1

*SP27a. ¿Cuántos años tenía la primera vez (que consultó a un profesional acerca de su miedo)?

_____ AÑOS

NO SABE	998
REHUSA	999

*SP38. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para su miedo que le haya resultado efectivo o de ayuda?

SI	1	
NO	5	PASE A *SP38c
NO SABE	8	PASE A *SP38c
REHUSA	9	PASE A *SP38c

*SP38a. ¿Cuántos años tenía la primera vez que (recibió un tratamiento que le ayudó para su miedo)?

_____ AÑOS

NO SABE	998
REHUSA	999

*SP38b. ¿A cuántos profesionales consultó alguna vez acerca de su miedo, hasta recibir un tratamiento que lo ayudó?. Incluya la primera vez que recibió el tratamiento que lo ayudó

_____ NÚMERO DE PROFESIONALES

NO SABE	98	PASE A *SP40
REHUSA	99	PASE A *SP40

*SP38c. ¿A cuántos profesionales ha consultado alguna vez acerca de su miedo?

_____ NÚMERO DE PROFESIONALES

NO SABE	98
REHUSA	99

*SP40. ¿Ha recibido tratamiento profesional para su miedo en los últimos 12 meses?

SI	1
----	---

NO	5
NO SABE	8
REHUSA	9

*SP41. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado(a) por lo menos una noche debido a su miedo?

SI	1
NO	5 PASE A *SP41.1
NO SABE	8 PASE A *SP41.1
REHUSA	9 PASE A *SP41.1

*SP41a. ¿Cuántos años tenía la primera vez (que estuvo hospitalizado(a) al menos una noche debido a su miedo)?

_____ AÑOS

NO SABE	998
REHUSA	999

*SP41.1. ¿Cuántos de sus familiares cercanos- incluyendo sus padres biológicos, hermanos, hermanas, e hijos- alguna vez han tenido un miedo intenso a cosas como animales o espacios cerrados, a las alturas o a la sangre?

_____ NUMERO

NO SABE	998
REHUSA	999

Anexo 2: Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le estamos invitando participar en un estudio de seguimiento de la Encuesta de Salud y Estilos de Vida de Adolescentes en la cual usted participó hace ocho años.

¿De qué se trata este estudio?

El contexto social tan complicado que viven los jóvenes hoy en día pueda influir en su bienestar emocional. Este estudio se trata de conocer la percepción que tienen los adultos jóvenes sobre su bienestar emocional y los factores que influyen en la persistencia, mejoría o nuevos síntomas de las condiciones de salud. Este estudio pretende volver a entrevistar a los jóvenes que participaron en el 2005 para conocer los sucesos que se han presentado desde entonces y cómo afecta a su bienestar emocional. Esta información es importante para la planeación de servicios y políticas de salud. Posiblemente le volveremos a contactar en el futuro para conocer de nuevo la evolución de su estado de bienestar emocional. Participar en esta ocasión no implica ninguna obligación de participar en el futuro ya que siempre le pediremos de antemano su consentimiento pero si nos gustaría avisarles de esta posibilidad y de nuestro interés en poder seguir los cambios en las condiciones de vida y de salud en las diferentes etapas de la vida.

¿Cuál sería su participación en este estudio?

- ❖ Los individuos que acepten participar, serán entrevistados por un encuestador. Se le preguntará sobre sus sentimientos, como se ve a sí mismo, su salud y su entorno escolar o laboral, social y familiar.
- ❖ Su participación no tiene un beneficio directo sin embargo muchas veces a las personas se les hace interesante la entrevista y les agrada compartir sus experiencias y contribuir a la mejoría de las condiciones de los jóvenes en nuestra ciudad.
- ❖ A veces las personas a hablar de sus problemas, se dan cuenta de su necesidad de hablar más sobre estos. Por lo cual le van a dejar una lista de los lugares que ofrecen servicios de salud mental donde pueda acudir si siente la necesidad ya que los encuestadores no pueden proporcionar ninguna opinión o diagnóstico de usted.

Sus derechos

- ❖ Su participación es **completamente voluntaria**. No tiene que participar si no quiere y puede retirar su consentimiento en cualquier momento. También puede dejar de contestar cualquier pregunta y pasar a la siguiente, avisando al encuestador.
- ❖ Sus respuestas se mantendrán **completamente confidenciales**. Es decir aunque su nombre será anotado, nadie sabrá sus respuestas, salvo el encuestador. Los datos se reguardarán separados de la información que pueda identificarle. Los datos se presentarán siempre en forma de un resumen de todos los participantes.
- ❖ Usted puede hacer preguntas acerca del estudio en cualquier momento y **esperar respuestas veraces**. Puede preguntar al encuestador o hablar a la Dra. Corina Benjet, Coordinadora del estudio, al 4160-5332 durante horas regulares de trabajo.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto voluntariamente participar en la entrevista descrita en la hoja que me entregaron y que forma parte del Seguimiento de la Encuesta de Salud y Estilos de Vida. Entiendo de qué se trata, el encuestador ha respondido a mis preguntas, entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento, puedo suspender mi participación si así lo deseo y que las respuestas que proporcione se mantendrán confidenciales. Estoy de acuerdo en proporcionar información precisa y veraz para que pueda ser de utilidad.

Nombre y Firma del participante

Fecha:

Toda la información que usted me proporcione será estrictamente confidencial, se mantendrá bajo resguardo y se hará lo necesario para que nadie pueda identificarla como la persona que dio estas respuestas. Haré mi mejor esfuerzo por responder a cualquier duda o pregunta.

Nombre y Firma del Encuestador

Fecha:

Anexo 3: Materiales para los participantes

DÓNDE BUSCAR ATENCIÓN

LÍNEA TELEFÓNICA DE ATENCIÓN Y APOYO EN CRISIS PSICOLÓGICA UNAM
Servicio Gratuito Teléfono: 56 22 23 21 Horario: Lunes- Viernes 8.00 am- 20.00 hrs

CENTROS DE ATENCIÓN

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
Calzada México-Xochimilco, No. 101,
Delegación Tlalpan
Lunes - Viernes de 8:00 a 14:00
TEL: (01 55) 41 60 53 72

Centro Comunitario de Salud Mental
Cauhtémoc
Dr. Enrique González Martínez núm. 13, Col.
Santa María la Ribera.
TEL: (01 55) 55 41 47 49, 55 41 12 24

Centro Comunitario de Salud Mental Zacatenco
Av. Ticomán, esq. Huánuco s/n, Col. San Pedro
Zacatenco. Deleg. Gustavo A. Madero.
TEL: (01 55) 57 54 22 05, 57 54 66 10

Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa
Av. Eje 5, esq. Guerra de Reforma, Deleg.
Iztapalapa, TEL: (01 55) 56 94 16 60

Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo
Dávila"
Facultad Psicología UNAM Delegación
Coyoacán
TEL: 5622-2309

Hospital Psiquiátrico "DR. ADOLFO M. NIETO"
Km 33.5 Carretera Federal México Pirámides,
Mpio. De Acolman, Tepexpan, Edo. Mex.
TEL: (01 594) 957 04 82 Consulta externa:
(01 594) 95 70003 ext. 112 ó 124

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
San Buenaventura No 2, Esq. Niño de Jesús,
Delegación Tlalpan TEL: 5573- 0387

¿Cómo están los jóvenes de nuestra ciudad?



Hallazgos de la Encuesta de Salud Mental Adolescente:
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales,
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Anexo 4. Riesgos relativos ajustados basados en predicciones marginales promedios desde el modelo de regresión logística.

Para encuestas de muestras complejas, como las usadas en esta investigación, las estimaciones de riesgo relativo pueden ser obtenidas directamente de la función de las predicciones marginales promedios desde los modelos de regresión logística ajustados. Las predicciones marginales promedio permiten comparar los resultados previstos (riesgo) entre los grupos de personas en la población, después de controlar las diferencias en las distribuciones de las covariables entre los grupos.

Graubard and Korn (citados en Bieler, Brown, Williams & Brogan, 2010, p.619) muestran como las varianzas de las predicciones marginales promedio en encuestas de muestras complejas pueden ser estimados mediante *la linealización de Taylor o un método de replicación de jackknife o por replicación repetida balanceada*.

El modelo de riesgo relativo ajustado basado en predicciones marginales promedio es una función de 2 elementos del vector M , $RR_{s/t} = M_s / M_t$, donde los subíndices s y t representan 2 valores diferentes de la variable de estudio. Los intervalos de confianza para el modelo riesgo relativo ajustado pueden ser obtenidos usando $Var(M)$, una estimación basada en el diseño de la encuesta de la matriz de covarianza de varianzas de M , junto con una transformación de la serie Taylor (también conocida como el método delta) para aproximar la varianzas de $\log(RR_{s/t})$. Los intervalos de confianza se calculan primero en la escala logarítmica y éstos se exponencian para generar un intervalo de confianza para el riesgo relativo (Bieler et al., 2010, p.619-620).

Anexo 5. Cálculo del ponderador.

En la tabla A) Estimación de Betas por rastrilleo, es muy similar al de la regresión logística. Las betas no significativas indican que no hay falta de respuesta en esa variable, mientras las que son significativas tienen errores de cobertura que serán corregidos.

A) Estimación de Betas por rastrilleo.

Variables Independientes y efectos	Coefficiente β	Erros Estándar β	Límite Inferior de β 95%	Límite Superior de β 95%	T-test $\beta=0$	ρ
Intercepto	1.25	0.24	0.77	1.74	5.24	0.0000
Sexo						
1 Hombres	0.00	0.00	0.00	0.00	.	.
2 Mujeres	-0.69	0.15	-0.99	-0.38	-4.58	0.0001
Vivir con padres en el 2005						
0 vivió con uno o ninguno	0.00	0.00	0.00	0.00	.	.
1 vivió con ambos padres	-0.30	0.23	-0.77	0.16	-1.32	0.1946
Estudiar en el 2005						
0 no estudiaba	-0.53	0.21	-0.95	-0.11	-2.55	0.0158
1 estudiaba	0.00	0.00	0.00	0.00	.	.
Ingresos de los padres en el 2005						
1 Bajo	0.00	0.00	0.00	0.00	.	.
2 Medio	-0.13	0.24	-0.61	0.35	-0.55	0.5892
3 Alto	0.08	0.31	-0.54	0.71	0.27	0.7876
Ingresos*Vivir con padres						
No vivía con padres y tenían un ingreso bajo	0.00	0.00	0.00	0.00	.	.
No vivía con padres y tenían un ingreso medio	0.00	0.00	0.00	0.00	.	.
No vivía con padres y tenían un ingreso alto	0.00	0.00	0.00	0.00	.	.
Vivía con padres y tenían un ingreso bajo	0.00	0.00	0.00	0.00	.	.
Vivía con padres y tenían un ingreso medio	-0.47	0.25	-0.98	0.05	-1.85	0.0737
Vivía con padres y tenían un ingreso alto	-0.53	0.31	-1.17	0.11	-1.69	0.1003

En la tabla de B) Estadísticos descriptivos entre respondedores y no respondedores, contiene las frecuencias y porcentajes entre los respondedores y no respondedores para cada uno de los niveles de las variables categóricas y la variación de la respuesta ponderada.

En la tabla C) Comparación de totales estimados con totales controles, encontramos que en la columna de la suma de los pesos ajustados finales de los respondedores concuerda con la distribución de los 3005 encuestados en el 2005 para cada nivel de cada variable categórica. En esta misma tabla se puede observar que el efecto de ponderación desigual es el mismo tanto antes como después de recortar el peso. De esta manera, al restar el Efecto recortado de la ponderación desigual al Efecto final de la ponderación desigual se obtienen incrementos pequeños en los pesos ajustados. Finalmente, presumiblemente cuando los pesos se hacen desiguales el Efecto final de la ponderación desigual se hace mayor que uno, como se observa en esta tabla.

En las tablas de “Estadísticas de propensión a la respuesta y de ajuste de pesos” se mostrará el indicador de representatividad (Indicador R), el cual provee una medida de la representatividad que tienen los respondedores en relación a la muestra o población desde la cual fueron tomados. El criterio para que decidamos la representatividad es que el indicador sea cercano a uno.

B) Estadísticos descriptivos entre respondedores y no respondedores.

Variables Independientes y efectos	Tamaño de muestra encuestada	Tamaño de muestra de no-encuestados	Tasa de respuesta sin ponderar	Tasa de respuesta ponderada	Número de Correcciones de Pesos	Peso mínimo inicial entre los encuestados	Peso máximo inicial entre los encuestados	Ajuste de Peso Marginal
Intercepto	1071	1934	35.64	35.39	0	0.36	5.37	2.8257
Sexo								
1 Hombres	460	980	31.94	31.28	0	0.41	3.26	3.2076
2 Mujeres	611	954	39.04	39.49	0	0.36	5.37	2.5241
Vivir con padres en el 2005								
0 vivió con uno o ninguno	319	706	31.12	30.34	0	0.37	4.31	6.2804
1 vivió con ambos padres	752	1228	37.98	38.04	0	0.36	5.37	1.3797
Estudiar en el 2005								
0 no estudiaba	143	336	29.85	29.86	0	0.37	4.31	14.4505
1 estudiaba	928	1598	36.74	36.67	0	0.36	5.37	0.6320
Ingresos de los padres en el 2005								
1 Bajo	375	732	33.88	32.40	0	0.36	3.26	2.7068
2 Medio	347	587	37.15	37.72	0	0.36	5.37	2.6508
3 Alto	349	615	36.20	36.56	0	0.36	3.02	3.1192
Ingresos*Vivir con padres								
No vivía con padres y tenían un ingreso bajo	128	286	30.92	30.01	0	0.37	2.24	5.5749
No vivía con padres y tenían un ingreso medio	109	232	31.96	31.41	0	0.48	4.31	5.4264
No vivía con padres y tenían un ingreso alto	82	188	30.37	29.49	0	0.53	2.24	8.4961
Vivía con padres y tenían un ingreso bajo	247	446	35.64	33.83	0	0.36	3.26	1.1797
Vivía con padres y tenían un ingreso medio	238	355	40.13	41.43	0	0.36	5.37	1.4162
Vivía con padres y tenían un ingreso alto	267	427	38.47	39.37	0	0.36	3.02	1.5184

C) Comparación de totales estimados con totales controles

VARIABLES INDEPENDIENTES Y EFECTOS	Suma de Pesos Originales de los respondedores	Suma de Pesos recortados de los respondedores	Suma de Pesos ajustados finales de los respondedores	Totales de control	Suma de Pesos Finales menos los controles	Efecto original de la ponderación desigual	Efecto recortado de la ponderación desigual	Efecto final de la ponderación desigual
Intercepto	1063.46	1063.46	3005.00	3005.00	0.00	1.1964	1.1964	1.2395
Sexo								
1 Hombres	469.18	469.18	1500.05	1504.95	-4.90	1.1576	1.1576	1.1903
2 Mujeres	594.28	594.28	1504.95	1500.05	4.90	1.2273	1.2273	1.2485
Vivir con padres en el 2005								
0 vivió con uno o ninguno	313.78	313.78	1034.34	1970.66	-936.31	1.1675	1.1675	1.2042
1 vivió con ambos padres	749.68	749.68	1970.66	1034.34	936.31	1.2083	1.2083	1.2416
Estudiar en el 2005								
0 no estudiaba	168.82	168.82	565.45	2439.55	-1874.10	1.1872	1.1872	1.2135
1 estudiaba	894.64	894.64	2439.55	565.45	1874.10	1.1905	1.1905	1.2065
Ingresos de los padres en el 2005								
1 Bajo	358.01	358.01	1105.04	969.06	135.97	1.1476	1.1476	1.1958
2 Medio	351.18	351.18	930.90	930.90	0.000	1.2766	1.2766	1.3288
3 Alto	354.27	354.27	969.06	1105.04	-135.97	1.1607	1.1607	1.2035
Ingresos*Vivir con padres								
No vivía con padres y tenían un ingreso bajo	124.39	124.39	414.51	693.46	-278.95	1.1225	1.1225	1.1691
No vivía con padres y tenían un ingreso medio	108.11	108.11	344.23	586.67	-242.45	1.2516	1.2516	1.3114
No vivía con padres y tenían un ingreso alto	81.27	81.27	275.60	690.52	-414.92	1.1228	1.1228	1.1269
Vivía con padres y tenían un ingreso bajo			690.52	275.60	414.92	1.1611	1.1611	1.2041
Vivía con padres y tenían un ingreso medio	233.62	233.62	586.67	344.23	242.45	1.2871	1.2871	1.3088
Vivía con padres y tenían un ingreso alto			693.46	414.51	278.95	1.1714	1.1714	1.2185

Estadísticas de propensión a la respuesta y de ajuste de pesos para la
Variable sexo.

Estadísticas de Propensión y Ajuste de Pesos		Total	Hombres	Mujeres
R- Indicador	Estimador	0.86	0.91	0.88
	Error estándar	0.02	0.02	0.02
Tasa de respuesta	Estimador	0.35	0.31	0.39
	Error estándar	0.01	0.01	0.01
Desviación estándar poblacional de las propensiones de respuesta	Estimador	0.07	0.06	0.05
	Error estándar	0.01	0.01	0.01
Varianza poblacional de las propensiones de respuesta	Estimador	0.00	0.00	0.00
	Error estándar	0.00	0.00	0.00
Media de las propensiones de respuesta	Estimador	0.35	0.31	0.40
	Error estándar	0.01	0.01	0.01
Desviación estándar relativa de las propensiones de respuesta	Estimador	0.19	0.15	0.15
	Error estándar	0.03	0.03	0.03
Desviación estándar poblacional de los ajustes de peso	Estimador	0.58	0.50	0.40
	Error estándar	0.10	0.10	0.08
Varianza poblacional de los ajustes de peso	Estimador	0.33	0.25	0.16
	Error estándar	0.11	0.10	0.06
Media de los ajustes de pesos	Estimador	2.93	3.29	2.58
	Error estándar	0.09	0.16	0.08
Desviación estándar relativa de los ajustes de pesos	Estimador	0.20	0.15	0.16
	Error estándar	0.03	0.03	0.03

Propensión a la respuesta y estadísticas de ajuste de pesos para la variable
Haber vivido con los padres en el 2005.

Estadísticas de Propensión y Ajuste de Pesos		Total	vivió con ambos padres	vivió con uno o ninguno
Indicador R	Estimador	0.86	0.91	0.87
	Error estándar	0.02	0.02	0.02
Tasa de respuesta	Estimador	0.35	0.30	0.38
	Error estándar	0.01	0.02	0.01
Desviación estándar poblacional de las propensiones de respuesta	Estimador	0.07	0.04	0.06
	Error estándar	0.01	0.01	0.01
Varianza poblacional de las propensiones de respuesta	Estimador	0.00	0.00	0.00
	Error estándar	0.00	0.00	0.00
Media de las propensiones de respuesta	Estimador	0.35	0.30	0.38
	Error estándar	0.01	0.02	0.01
Desviación estándar relativa de las propensiones de respuesta	Estimador	0.19	0.14	0.17
	Error estándar	0.03	0.02	0.03
Desviación estándar poblacional de los ajustes de peso	Estimador	0.58	0.50	0.47
	Error estándar	0.10	0.10	0.09
Varianza poblacional de los ajustes de peso	Estimador	0.33	0.25	0.22
	Error estándar	0.11	0.10	0.09
Media de los ajustes de pesos	Estimador	2.93	3.38	2.70
	Error estándar	0.09	0.20	0.11
Desviación estándar relativa de los ajustes de pesos	Estimador	0.20	0.15	0.17
	Error estándar	0.03	0.03	0.03

Propensión a la respuesta y estadísticas de ajuste de pesos para la variable de Estudiar o no en el 2005.

Estadísticas de Propensión y Ajuste de Pesos		Total	Estudiaba en el 2005	No estudiaba en el 2005
R - Indicador	Estimador	0.86	0.90	0.87
	Error estándar	0.02	0.02	0.02
Tasa de respuesta	Estimador	0.35	0.30	0.37
	Error estándar	0.01	0.02	0.01
Desviación estándar poblacional de las propensiones de respuesta	Estimador	0.07	0.05	0.07
	Error estándar	0.01	0.01	0.01
Varianza poblacional de las propensiones de respuesta	Estimador	0.00	0.00	0.00
	Error estándar	0.00	0.00	0.00
Media de las propensiones de respuesta	Estimador	0.35	0.30	0.37
	Error estándar	0.01	0.02	0.01
Desviación estándar relativa de las propensiones de respuesta	Estimador	0.19	0.17	0.18
	Error estándar	0.03	0.03	0.03
Desviación estándar poblacional de los ajustes de peso	Estimador	0.58	0.57	0.50
	Error estándar	0.10	0.12	0.11
Varianza poblacional de los ajustes de peso	Estimador	0.33	0.33	0.25
	Error estándar	0.11	0.14	0.11
Media de los ajustes de pesos	Estimador	2.93	3.48	2.81
	Error estándar	0.09	0.21	0.10
Desviación estándar relativa de los ajustes de pesos	Estimador	0.20	0.16	0.18
	Error estándar	0.03	0.03	0.03

Propensión a la respuesta y estadísticas de ajuste de pesos para la variable de ingresos de los padres.

Estadísticas de Propensión y Ajuste de Pesos		Total	Bajo	Medio	Alto
R - Indicador	Estimador	0.86	0.90	0.85	0.86
	Error estándar	0.02	0.02	0.03	0.03
Tasa de respuesta	Estimador	0.35	0.32	0.38	0.37
	Error estándar	0.01	0.02	0.02	0.02
Desviación estándar poblacional de las propensiones de respuesta	Estimador	0.07	0.05	0.07	0.07
	Error estándar	0.01	0.01	0.01	0.01
Varianza poblacional de las propensiones de respuesta	Estimador	0.00	0.00	0.00	0.00
	Error estándar	0.00	0.00	0.00	0.00
Media de las propensiones de respuesta	Estimador	0.35	0.32	0.38	0.37
	Error estándar	0.01	0.02	0.02	0.02
Desviación estándar relativa de las propensiones de respuesta	Estimador	0.19	0.15	0.20	0.19
	Error estándar	0.03	0.03	0.04	0.04
Desviación estándar poblacional de los ajustes de peso	Estimador	0.58	0.49	0.58	0.57
	Error estándar	0.10	0.10	0.15	0.13
Varianza poblacional de los ajustes de peso	Estimador	0.33	0.24	0.33	0.33
	Error estándar	0.11	0.10	0.17	0.15
Media de los ajustes de pesos	Estimador	2.93	3.18	2.74	2.84
	Error estándar	0.09	0.17	0.13	0.13
Desviación estándar relativa de los ajustes de pesos	Estimador	0.20	0.15	0.21	0.20
	Error estándar	0.03	0.03	0.05	0.04