

# Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Dr. Wazcar Verduzco Fragoso\*

## INTRODUCCIÓN

Bajo la denominación de trastornos de ansiedad, se encuentra un número bien definido de trastornos en los cuales la ansiedad es el hallazgo clínico predominante.

La ansiedad forma parte de la respuesta normal ante situaciones desafiantes o amenazantes, por tanto, es en realidad una respuesta verdaderamente ventajosa para el individuo. No obstante, la ansiedad inapropiada grave y persistente puede dificultar la vida diaria con las consecuentes repercusiones en las actividades sociales y ocupacionales del sujeto (véase figura 1).

De tal manera, es muy importante conocer la diferencia entre los síntomas, los síndromes y los trastornos de ansiedad. En la mayoría de los individuos los síntomas son, como se ha mencionado, una reacción normal a los problemas cotidianos o a los acontecimientos importantes en la vida, por lo que estos sujetos no suelen necesitar de tratamiento. Por el contrario, los trastornos de ansiedad primarios, en los que la ansiedad es anormal por ser generalmente inapropiada o no guardar relación con la situación externa que la provoca,



son incapacitantes y generan un malestar intenso o un deterioro en los ámbitos laboral y social. Estos trastornos requieren de tratamiento psicológico y farmacológico.

Entre ellos, el Trastorno de Ansiedad Social (TAS o fobia social) es de gran interés por ser el más común, con una edad de inicio temprana, persistente, con altas tasas de comorbilidad, que puede causar considerable incomodidad y deterioro al individuo que lo padece por tener la necesidad de evitar situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas, representándole una seria carga, ya que conlleva: aislamiento social, soledad, inestabilidad laboral, y, en algunos casos, incluso ideas suicidas y otros trastornos psiquiátricos. Todo lo cual conlleva un alto costo económico.

El diagnóstico puede efectuar-

Figura 1. La ansiedad forma parte de la respuesta normal ante situaciones desafiantes o amenazantes.

\*Médico psiquiatra y psicoterapeuta adscrito al Hospital de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta", IMSS. Profesor de Psiquiatría, pregrado y posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Secretario Académico de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM). Secretario de Publicaciones de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL).

se sólo en los casos en los que el comportamiento de evitación, el temor o la ansiedad de anticipación interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales y su vida social, o bien generan un malestar clínicamente significativo.

## EPIDEMIOLOGÍA

Es el más común de los trastornos de ansiedad; en E.U.A. es el tercer trastorno psiquiátrico más frecuente, precedido sólo por la depresión y la dependencia al alcohol (véase figura 2).

Los estudios epidemiológicos han puesto de relieve una prevalencia global a lo largo de la vida de entre 7% y 13%, a 12 meses de 9.1% en mujeres y de 6.5% en varones; pero si se consideran sólo los casos que por su severidad requieren tratamiento, es de 6%.

Entre los pacientes con trastorno de ansiedad en régimen ambulatorio, de 10% a 20% presentan igualmente algún tipo de TAS, si bien estas cifras varían ampliamente de unos estudios a otros.

Por otra parte, existe evidencia limitada que sugiere un componen-

te genético, ya que comparados con la población general los parientes de primer grado parecen tener mayores probabilidades de padecer el TAS.

## COMORBILIDAD

La comorbilidad es elevada, sobre todo puede asociarse al trastorno de pánico (49%), agorafobia sin historia de trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada (32%), trastorno obsesivo compulsivo (11%), trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor [TDM], 70%, distimia 32%), trastornos relacionados con el uso de sustancias (16%), abuso de alcohol (28%) y trastorno de somatización, precediendo habitualmente su aparición a la de estos trastornos.

Además, algunos individuos suelen presentar a la vez un trastorno de personalidad por evitación.

Esta comorbilidad es 4 veces mayor que en la población general y el riesgo de suicidio es 13 veces mayor.

## ETIOLOGÍA

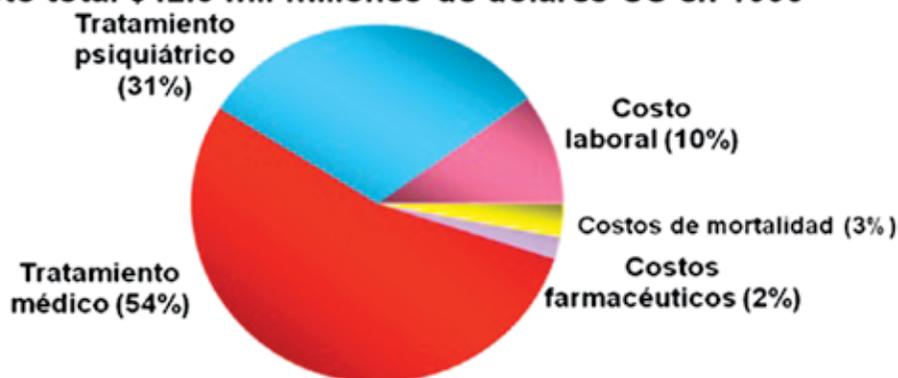
Existe evidencia de que una combinación de factores biológicos y psicológicos contribuye al desarrollo del TAS. Sin embargo, las causas precisas quedan por determinarse.

Los subtipos generalizado y no generalizado podrían no participar de una fisiopatología común; no obstante, los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico están comúnmente involucrados.

Una línea de investigación

Figura 2. Carga económica de los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad abarcan: FS= Fobia social (Trastorno de ansiedad social); FS= Fobia simple; TP= Trastorno de pánico; TEPT= Trastorno por estrés post traumático, pero no TOC. (Greenberg PE, et al. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:427-435.)

**Costo total \$42.3 mil millones de dólares US en 1990**



apunta hacia dilucidar el papel que están desempeñando los diferentes subtipos de receptores de serotonina en su etiología.

En los sujetos con TAS se encuentra un funcionamiento normal de los ejes hipotálamo-hipófisis-tiroideos e hipotálamo-hipófisis-adrenales, con disminución de la actividad metabólica en ciertas áreas cerebrales (véase figura 3).

Un hallazgo es el aumento en la presión arterial media posterior a la infusión de hormona liberadora de tirotropina (TRH).

También se han observado diferencias en la recaptura de dopamina en el estriado, con baja densidad de receptores especialmente en el estriado derecho, lo que sugiere que los pacientes con TAS generalizado pueden tener una disfunción del sistema dopaminérgico estriatal.

### CURSO

La edad de inicio generalmente es en la adolescencia, entre 12 y 14 años, aunque en ocasiones se puede detectar a una edad tan temprana como los 7 años. También puede haber inicio tardío, entre los 25 y 45 años, pero es menos frecuente. Los estudios muestran gran persistencia, con solo 30% de remisión en 5 años y 40% en 8 años, por lo que la duración promedio, si no se trata, es de 20 a 30 años.

Su curso tiende a ser crónico o continuo, a menudo persiste durante toda la vida, si bien en ocasiones remite total o parcialmente en el transcurso de la edad adulta. La intensidad y sus consecuencias

en la actividad diaria del individuo dependen parcialmente de los acontecimientos vitales estresantes y de las exigencias sociales del lugar o la profesión.

### DIAGNÓSTICO

El TAS está subdiagnosticado en el primer nivel de atención y por lo

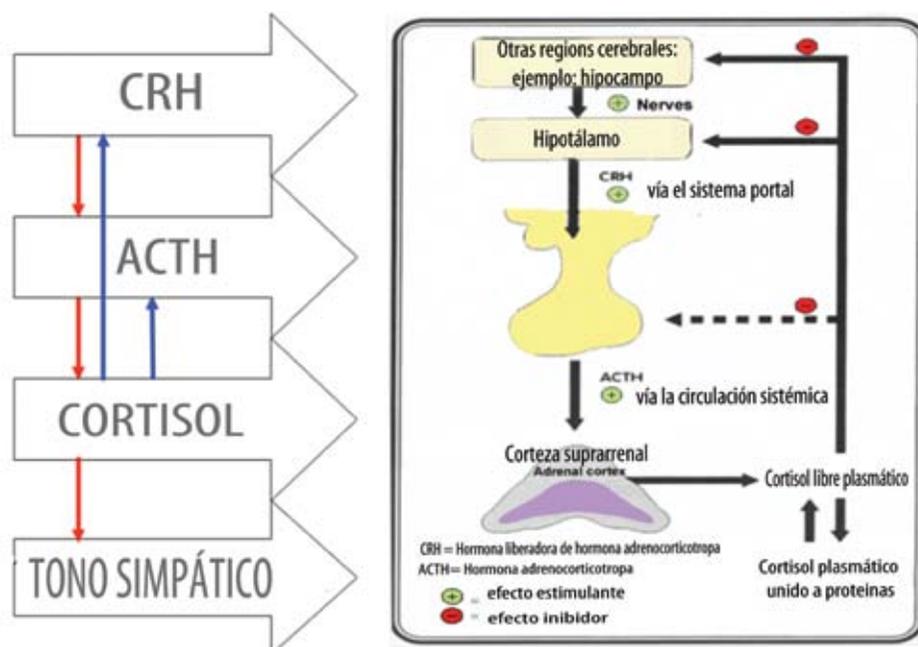


Figura 3. Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales.

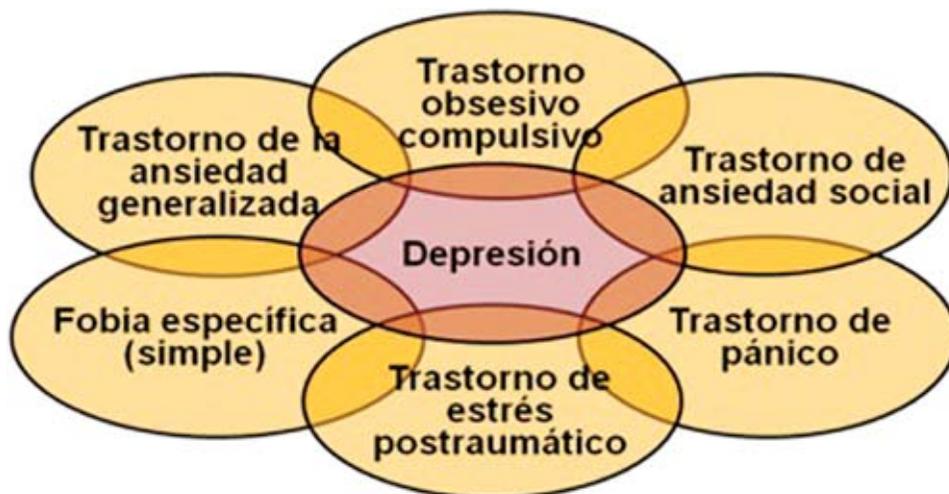


Figura 4. Existe un solapamiento considerable entre los síntomas de depresión y los trastornos de ansiedad. (DSM-IV-TR. American Psychiatric Association. Washington DC, 2000.)

*La edad de inicio generalmente es en la adolescencia, entre 12 y 14 años, aunque en ocasiones se puede detectar a una edad tan temprana como los 7 años. También puede haber inicio tardío, entre los 25 y 45 años, pero es menos frecuente.*



La "ansiedad anticipatoria" puede aparecer mucho antes de que el individuo se encuentre en la situación social o la actuación en público que tanto teme.

general quienes lo padecen no visitan a un médico hasta que desarrollan un trastorno secundario (por ejemplo, depresión o abuso de sustancias), si bien por sí mismo rara vez constituye un motivo de ingreso hospitalario (véase figura 4).

Se experimentan casi siempre síntomas de ansiedad (como palpitaciones, temblores, sudoración, enrojecimiento, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento, confusión), pobre contacto visual y voz temblorosa, y, en los casos más serios, estos síntomas pueden llegar a cumplir los criterios diagnósticos de un ataque de pánico.

El hallazgo característico del TAS que puede ayudar a confirmar el diagnóstico es que la ansiedad se desarrolla con la exposición a determinados estímulos. Éstos pueden ser una situación concreta o un grupo de situaciones particulares bien definidas, como comer o escribir frente a otros, hablar en público, socializar o, en general, ser observado al actuar, ya que creen que los demás se darán cuenta de que su voz o sus manos están temblando, temiendo que los demás los vean como a un individuo ansioso, débil, "loco" o estúpido (temor a la crítica).

Con menor frecuencia se obligan a sí mismos a soportar estas situaciones aunque sea a costa de una intensa ansiedad, reconociendo que este temor resulta excesivo o irracional. También puede aparecer una acusada "ansiedad anticipatoria" mucho antes de que el individuo deba afrontar la situación social temida o la actuación en pú-

blico. A veces llega a constituirse un círculo vicioso formado por ansiedad anticipatoria que provoca ideas de miedo y síntomas de ansiedad una vez en la situación temida, lo que produce un rendimiento insatisfactorio real o subjetivo.

En los casos más serios, estos individuos quedan expulsados de la escuela o despedidos del trabajo con la posibilidad de no poder reincorporarse a estas actividades por la dificultad y la ansiedad que les supone acudir a entrevistas de selección. Esto conlleva un deterioro significativo en su funcionamiento.

Subyacente a las manifestaciones clínicas mencionadas, se encuentran una hipersensibilidad a la crítica y al impacto de su desempeño social, miedo al rechazo, sentimientos de culpa y vergüenza, reconociendo igualmente estos sentimientos como irracionales, generándoles baja autoestima así como baja asertividad y distorsiones en la percepción de la autoimagen. En ocasiones, existe el antecedente infantil de timidez o inhibición social. Su aparición puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante, o bien puede hacerlo de forma lenta e insidiosa.

En menores de 18 años, los síntomas deben haber persistido como mínimo durante seis meses antes de poder diagnosticarlo. El miedo o los comportamientos de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo,

trastorno de angustia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad). Si existe otro trastorno mental (como tartamudez, enfermedad de Parkinson o anorexia nerviosa), el temor o el comportamiento de evitación no se limitan a la preocupación por su posible impacto social.

Para realizar el diagnóstico en un niño, es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente no son las esperadas de acuerdo con su edad. En cambio, cuando el trastorno se inicia en la adolescencia puede conducir a peores rendimientos social y académico previo.

En los niños, el TAS puede tomar forma de llanto, tartamudez, inmovilidad o apego a familiares cercanos y abstención a mantener relaciones con los demás, hasta llegar incluso al mutismo. Los niños mayores pueden mostrarse excesivamente tímidos en los ambientes sociales alejados de la familia, eludiendo los contactos con los demás, rehusándose a participar en juegos de equipo y manteniéndose típicamente en una posición de segunda línea en las actividades sociales, procurando aferrarse siempre a sus familiares de mayor edad. A diferencia de los adultos, los niños no suelen tener la oportunidad de evitar la totalidad de situaciones temidas y es posible que se muestren incapaces de identificar la naturaleza de su ansiedad.

Existen tres subtipos, los dos primeros eran los que se consideraban tradicionalmente:

- TAS generalizado, caracterizado por un inicio temprano, mayor deterioro y alta comorbilidad.
- TAS específico o circunscrito, que se caracteriza por miedo a dos o tres situaciones y afecta al 40% de los pacientes.
- Fobia a hablar en público, que afecta al 47% de los pacientes con TAS. En la mayoría de los casos suele estar implicada más de una situación.

Con base en lo anterior, el diagnóstico se realiza si los temores o los comportamientos de evitación interfieren marcadamente en la actividad laboral o académica del individuo o sus relaciones sociales, o bien si le generan un malestar clínicamente significativo; por ejemplo, una persona no será diagnosticada si su trabajo o actividad escolar no le exige la pronunciación habitual de discursos y no se siente especialmente preocupada por este tema.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Puede ser difícil diferenciarlo de la timidez, puesto que en ambos casos se presenta el signo de enrojecimiento facial ante determinadas situaciones. En los niños se observan conductas de inhibición asociadas al TAS en los padres, que luego derivan en timidez y no en trastorno de ansiedad social. Algunos autores proponen una continuidad entre la timidez y el TAS; la línea de corte estaría dada por el grado de deterioro del funcionamiento y la severidad.



En los casos más serios de TAS, los individuos quedan incluso fuera de sus actividades, con la posibilidad de no poder reincorporarse por la dificultad y la ansiedad.



En ocasiones existe el antecedente infantil de timidez o inhibición social.

Fotos tomadas de las páginas de internet:  
<http://www.todosobrelaansiedad.com>  
<http://finance.yahoo.com>

## Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition, Text Revision, Washington D.C., American Psychiatric Association, 2000.
2. Boerner RJ, Möller HJ. *The Importance of New Antidepressants in the Treatment of Anxiety/Depressive Disorders*. *Pharmacopsychiat* 1999;32: 119-126.
3. *Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Versión 10 (CIE-10), apartado de los trastornos mentales y del comportamiento. Editado por la Organización Mundial de la Salud. Ed. Madrid, 1996.
4. Colon EA y Popkin MK. Anxiety and panic. En: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry in the Medically Ill*. 2a. edición. Editado por Wise MG, Rundell JR. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, pp 393-415, 2002.
5. Epstein S y Hicks D. Anxiety Disorders. En: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine*. 2a edición. Editado por Levenson L. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing, 2005, Cap. 9 pp 193-217.
6. Gelder, MG; López-Ibor JJ; Andreasen N. *Tratado de psiquiatría*. Ars Médica, Barcelona, 2003.
7. Hales, RE; Yudofsky, SC; Talbott, JA. *Tratado de psiquiatría*. 3ª ed. Barcelona, Masson, 2000.
8. McAinsh J y Cruickshank JM. *Beta-blockers and central nervous system side effects*. *Pharmacol Ther* 46:163-197, 1990.
9. McGee M y Pies R. *Benzodiazepines in primary practice: risks and benefits*. *Resid Staff Physician* 48:42-49, 2002.
10. Menza MA, Robertson-Hoffman DE y Bonapace AS. *Parkinson's disease and anxiety: comorbidity with depression*. *Biol Psychiatry* 34:465-470, 1993.
11. Nemeroff CB; Schatzberg AF. *Recognition and Treatment of Psychiatric Disorders*. Washington, American Psychiatric Press, 2001.

Por el contrario, existen muchos pacientes con TAS que nunca fueron tímidos, lo cual es un rasgo de personalidad, en tanto que el TAS es una enfermedad que presenta síntomas de ansiedad.

Muchos pacientes, sobre todo del tipo generalizado, reúnen criterios para el trastorno de personalidad evitativa. El diagnóstico diferencial con la personalidad esquizoide, tema poco considerado, se basa en que esta última es una condición muy estable, sin síntomas de ansiedad en situaciones sociales. Los pacientes esquizoides no quieren tener contacto social a diferencia de los pacientes con TAS, que quieren pero no pueden debido a los síntomas de ansiedad. En tanto, el TDM tiene un inicio puntual, curso episódico, con síntomas sociales variables.

Por su parte, el trastorno de pánico tiene un comienzo abrupto alrededor de los 20 años, con ataques de pánico espontáneos o disparados por diversas situaciones, abruptos y de duración definida, con agorafobia. No debería ser difícil diferenciar entre ambas condiciones, pero existe una gran comorbilidad, entre 40% y 50%. La clave para el diagnóstico está dada por los ataques de pánico espontáneos y la agorafobia presentes en el trastorno de pánico.

Existen algunas condiciones médicas que pueden llevar a confusión, como la enfermedad de Parkinson, el temblor esencial, la obesidad, quemaduras u otras condiciones estigmatizantes debidas a procesos incapacitantes muy visibles. Tradicionalmente se cree que en estos casos el paciente puede

tener miedo al contacto social, lo cual no significa TAS. Sin embargo, ahora hay estudios que sugieren que en estas situaciones puede existir TAS comórbido.

Cuando un individuo experimenta ataques de pánico y evitación social se suele presentar un difícil problema de diagnóstico diferencial.

## TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento farmacológico será alcanzar las dosis terapéuticas efectivas, incrementando las dosis para los respondedores parciales o los no respondedores, teniendo en cuenta que los psicofármacos alivian los síntomas pero no necesariamente corrigen las causas subyacentes de la ansiedad, por lo que antes de iniciarlos es necesario realizar un cuidadoso análisis de sus beneficios y sus riesgos.

Así, al hacer la selección inicial se debe optimizar el tratamiento farmacológico, considerando que los efectos terapéuticos pueden aparecer de 2 a 4 semanas, la comorbilidad, y que el beneficio total puede requerir semanas o meses mientras el paciente pone a prueba el efecto terapéutico alcanzado al exponerse a las situaciones temidas.

**Opciones farmacológicas:** Entre las opciones farmacológicas tenemos las siguientes.

**Inhibidores reversibles de la recaptura de serotonina (IRRS).** Constituyen el tratamiento de primera línea por su favorable perfil de eventos adversos, seguridad y tolerabilidad.

**Beta bloqueadores.** Pueden ser eficaces cuando predominan los

síntomas físicos de ansiedad, como palpitaciones, sudoración, temblores, etcétera.

**Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAOs).** Están bien estudiados y se les atribuye mayor eficacia que a las benzodiacepinas, a pesar de sus efectos indeseables; el más utilizado es la fenelcina. También se han utilizado los inhibidores reversibles de la monoamino oxidasa (IRMAAs), como el moclebemide.

**Benzodiacepinas (BZD).** Actúan bloqueando a los receptores del ácido gamma-amino-buúrico (GABA), por lo que incrementan su acción inhibitoria sobre la neurotransmisión serotoninérgica y noradrenérgica. Son características benéficas de las BZD el ser efectivas, bien toleradas, de rápido inicio de acción, rápido ajuste de dosis, eficaces en tratamientos cortos y que pueden usarse por razón necesaria (PRN). Entre los inconvenientes de su uso tenemos: sedación inicial, problemas para discontinuarlas, efecto benéfico limitado en tratamientos largos, depresión acumulativa sobre el SNC (vida media larga), abuso potencial, síndrome de abstinencia, fenómeno de rebote transitorio, no efectivas para depresión y provocar déficit psicomotor. Por todo lo señalado, su utilización durante largos periodos y en dosis elevadas debería evitarse siempre que fuera posible.

#### **Antidepresivos+ Benzodiacepinas.**

Su combinación provee rápida ansiólisis durante el inicio del efecto antidepresivo, contrarrestando precisamente el efecto ansiogénico inicial de los antidepresivos.

**Opciones de psicoterapia:** El TAS responde bien a las psicoterapias, por lo que desempeñan un papel importante en su manejo. De ellas la más frecuentemente utilizada es la Terapia cognitivo-conductual (TCC), en la que se trabaja con ejercicios cognitivos estructurados, exposición a eventos estimulantes de ansiedad simulados, reestructuración cognoscitiva pre y post exposición, y asignación de tareas en casa, entre otras.

#### **CONCLUSIÓN**

El TAS es una condición muy frecuente pero poco reconocida y tratada. Comienza en forma temprana y es de larga duración, significando una enorme carga personal. Presenta elevado riesgo de adicción al alcohol u otras sustancias tóxicas y de suicidio, además de elevada prevalencia de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

En el futuro, dado el avance en los tratamientos biológicos, a medida que se identifican los neuroreceptores y se establece su estructura exacta, será posible desarrollar fármacos altamente selectivos para incidir en la función de esos receptores, con una mejor relación riesgo-beneficio, rápido inicio de acción, pocos efectos secundarios, mayor especificidad terapéutica y que no produzcan adicción, teniendo en cuenta la individualidad del paciente, a fin de establecer los factores predictivos de su respuesta clínica para aplicarlos de forma óptima en cada caso.

Mientras tanto, debemos hacer el mejor uso posible de los conocimientos y las alternativas terapéuticas actuales, puesto que un uso inadecuado puede empeorar el estado del paciente.

*Para realizar el diagnóstico en un niño, es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente no son las esperadas de acuerdo con su edad. En cambio, cuando el trastorno se inicia en la adolescencia puede conducir a peores rendimiento social y académico previos.*

12. Ontario Guidelines for the Management of Anxiety Disorders in Primary Care. Anxiety review panel. Ed. Queen's printer of Ontario. September, 2000.

13. Pande AC, Davidson JR, Jefferson JW y cols. *Treatment of social phobia with gabapentin: a placebo-controlled study.* J Clin psychopharmacol 19:341-348, 1999.

14. Salzman C, Miyawaki E, le Bars P. y cols. *Neurobiologic basis of anxiety and its treatment.* Harv Reev Psychiatry 1:197-205, 1993.

15. Stoudemire A. *Epidemiology and psychopharmacology of anxiety in medical patients.* J Clin Psychiatry 57 (suppl 7):64-72, 1996.

16. Zohar J, Westenberg HGM. *Anxiety disorders: a review of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors.* Acta Psychiatr Scand 2000; 101(suppl 403): 39-49.