

## ¿Qué es el Trastorno de Ansiedad Social?

**El trastorno de ansiedad social se caracteriza por intenso miedo a las situaciones sociales en las que la persona anticipa que será evaluada negativamente**



*Autor: Leichsenring F, Leweke F N Engl J Med 2017;376:2255-64*

**INDICE:** 1. Página 1 | 2. Referencias bibliográficas

Página 1

### Resumen

- El trastorno de ansiedad social se caracteriza por intenso miedo a las situaciones sociales en las que la persona anticipa que será evaluada negativamente. Se asocia con aumento del riesgo de otros trastornos mentales, como depresión y empleo de sustancias. Los pacientes suelen evitar la consulta médica y solo la efectúan cuando sufren un trastorno coexistente.
- La terapia cognitiva conductual es en general el tratamiento de primera línea.
- Para los pacientes que rechazan la psicoterapia, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son la farmacoterapia de primera línea

### ⇒ Caso clínico

Un estudiante de 26- años refiere sentirse muy ansioso cuando tiene que presentar un trabajo, dar un examen o entrevistarse con una figura de autoridad. En estas situaciones, tiene palpitations, temblores, rubor y sudoración y teme pasar vergüenza. Refiere tener pocos contactos sociales y evita asistir a fiestas y hacer llamadas telefónicas, pero se siente solo. Sus ansiedades comenzaron durante su adolescencia y aumentaron considerablemente desde que empezó la universidad. ¿Cómo se debe tratar este caso?

## ► EL PROBLEMA

El trastorno de ansiedad social se caracteriza por un intenso miedo a las situaciones sociales en las que la persona puede ser evaluada por otros. Teme ser evaluada negativamente — por ejemplo, ser juzgada como ansiosa, débil, estúpida o aburrida. El cuadro 1 resume los criterios diagnósticos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quinta edición (DSM-5) para los trastornos de ansiedad social.<sup>1</sup>



### CUADRO 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL.\*

- Miedo o ansiedad intensa ante una o más situaciones sociales en las que la persona anticipa que será juzgado por otros; por ejemplo participar en interacciones sociales (como sostener una conversación o reunirse con personas extrañas), ser observado (por ej. cuando como o bebe) y actuar ante otros (por ej., dar una charla)†
- Miedo de actuar de manera de ser evaluado negativamente por otros (por ej., mostrar síntomas de ansiedad)
- El miedo o la ansiedad casi siempre son provocados por situaciones sociales
- Las situaciones sociales son evitadas o soportadas con miedo o ansiedad intensos
- El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza que plantean la situación social y el contexto sociocultural‡
- El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes y típicamente duran 6 meses o más
- El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar y deterioro en lo social, laboral y otros aspectos importantes del funcionamiento
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos del empleo de sustancias ni a otra afección médica
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de

otros trastornos mentales (por ej, trastorno de pánico, trastorno dismórfico corporal o trastorno del espectro autista)

- Si el paciente tiene otra afección, como enfermedad de Parkinson, obesidad o desfiguración debida a quemaduras u otras lesiones, su miedo, ansiedad o evitación están claramente no relacionados o son excesivos
- Si el miedo o la ansiedad se limitan a hablar o actuar en público, el trastorno de ansiedad se debe especificar como ansiedad de actuación§



\* Los criterios diagnósticos enumerados se adaptaron del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quinta edición (DSM-5).<sup>1</sup> Se deben cumplir todos los criterios para el diagnóstico.

† En los niños la ansiedad debe ocurrir en situaciones con pares y no solo durante las interacciones con adultos.

‡ La descripción del trastorno de ansiedad social en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición, revisión del texto* (DSM-4-TR), se ha cambiado de “reconoce que el miedo es excesivo o irrazonable” a “el miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural,” ya que es probable que el médico identifique mejor esta conducta que el paciente con trastornos de ansiedad social.

§ El subtipo de trastorno de ansiedad social que el DSM-4 llama “generalizado” se eliminó en el DSM-5.

***El trastorno de ansiedad social se asocia con aumento del riesgo de trastornos depresivos, trastornos de empleo de sustancias y enfermedad cardiovascular***

El trastorno de ansiedad representa un continuum de numerosas situaciones sociales temidas.<sup>2,3</sup> No obstante, hay un subtipo inequívoco de ansiedad social que se aplica a los pacientes que tienen miedos relacionados con su actuación ante otros, a menudo relacionada con su vida profesional (por ej, dar una charla en público, efectuar una interpretación musical o una presentación en encuentros o clases) (Cuadro 1).<sup>1,3</sup>

Las personas con este tipo de trastorno tienen características diferentes de las de otras personas con ansiedad social en varios aspectos, entre ellos menos posibilidades de que este trastorno sea hereditario, comienzo más tardío, menos deterioro, respuestas psicofisiológicas más fuertes a situaciones de actuación ante otros y respuestas positivas al tratamiento con betabloqueantes.<sup>3,4</sup>

### **Test de Fobia Social Autoestima Ansiedad Social**

TEST INVENTARIO <http://www.hipnosisnet.com.ar/fobia-social-test>

Para este Test evalúa la intensidad con que estas situaciones se manifestaron en el transcurso de la última semana, marcando sólo una vez por cada ítem, hasta completar los 17 ítems...

#### 1. Siento miedo a las personas con autoridad

---

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

#### 2. Me molesta ruborizarme delante de la gente

---

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

#### 3. Ir a fiestas y acontecimientos sociales me inquieta o da temor

---

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

#### 4. Evito hablar con personas desconocidas

---

- 0
- 1
- 2
- 3

4

5. Siento mucho miedo a ser criticado y sentir vergüenza social

---

0

1

2

3

4

6. Por miedo al ridículo evito hacer cosas, preguntas o hablar con la gente

---

0

1

2

3

4

7. Saludar a las personas a veces me da vergüenza

---

0

1

2

3

4

8. Evito ir a fiestas, reuniones o encuentros sociales

---

0

1

2

3

4

9. Evito actividades en que pueda ser el centro de atención

---

0

1

2

3

4

10. Hablar con personas desconocidas me atemoriza o inquieta

---

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

11. Evito tener que hablar en público o en grupos

---

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

12. Haría cualquier cosa para evitar ser criticado

---

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

13. Me preocupa sentir palpitaciones en el corazón cuando estoy con gente

---

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

14. Temo hacer cosas cuando la gente me pueda estar mirando

---

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

15. Uno de mis mayores miedos es hacer el ridículo frente a otros

---

- 0
- 1

- 2
- 3
- 4

16. Evito hablar con cualquiera que tenga autoridad

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

17. Temo sonrojarme o titubear ante los demás y angustiarme

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

Resultado

**EVALUACIÓN DEL INVENTARIO TEST SOBRE TIMIDEZ INSEGURIDAD ANSIEDAD FOBIA SOCIAL:**

- cada tilde en “nada” suma 0 puntos
- cada tilde en “un poco” suma 1 punto
- cada tilde en “algo” suma 2 puntos
- cada tilde en “mucho” suma 3 puntos
- cada tilde en “extremo” suma 4 puntos

Suma los puntos que has obtenido en las 17 preguntas. Si la suma supera más de 15 puntos sugerimos consultar con tu médico la forma en que puedes ser ayudado



El trastorno de ansiedad social es uno de los trastornos mentales más frecuentes, con prevalencia durante la vida del 13% y prevalencia a 12 meses del 8% en adultos y prevalencias similares en adolescentes en los EEUU<sup>5</sup> Comienza alrededor de los 13 años y a menudo es crónico.<sup>6,7</sup> Suele coexistir con otros trastornos de ansiedad, el trastorno de depresión mayor, el trastorno de empleo de sustancias, y el trastorno de personalidad evitativa.<sup>2,3</sup>

El trastorno de ansiedad social se asocia con aumento del riesgo de trastornos depresivos, trastornos de empleo de sustancias y enfermedad cardiovascular.<sup>2,8</sup> También puede tener efectos adversos sobre el curso de otros trastornos mentales; por ejemplo, se asocia con mayor probabilidad de persistencia de abuso de sustancias<sup>8</sup> y un curso más maligno de la depresión, incluidas las tendencias suicidas, la alteración del funcionamiento en roles sociales (por ej., productividad laboral y alteración del funcionamiento en relaciones sociales y románticas), y menor tendencia a procurar ayuda.<sup>2,8-11</sup>



Más del 90% de las personas con este trastorno refieren dificultades psicosociales (por ej., mayor riesgo de deserción escolar, menor productividad laboral y disminución de su condición socioeconómica y su calidad de vida).<sup>2,3,5,8,9,11</sup> Sin embargo, según un relevamiento de hogares representativo, solo el 35% de las personas con trastorno de ansiedad social reciben tratamiento específico para este.<sup>2</sup> El trastorno de ansiedad social a menudo se confunde con timidez y es subdiagnosticado y subtratado.<sup>2,9,12</sup>

En niños, la contribución de factores genéticos es aproximadamente el doble que en adultos (53% vs. 27%).<sup>13</sup> Aún no se sabe cuáles son los genes involucrados. Un modelo teórico creíble presume que los factores genéticos afectan la vulnerabilidad al trastorno de ansiedad social, pero otros factores son necesarios para su aparición.<sup>14</sup> Estos factores pueden ser el condicionamiento, el aprendizaje por observación de los padres y la conducta de estos.<sup>3,14</sup>



Se halló que la conducta desafiante paterna, pero no materna (por ej., alentar en broma una conducta riesgosa) se asociaba con disminución del riesgo de trastorno de ansiedad social.<sup>15</sup> Además, el trastorno de ansiedad social de los padres fue pronóstico de miedo y conducta de evitación en niños pequeños<sup>16</sup> y de aumento de la actividad neurovegetativa en niños,<sup>17</sup> siendo esto último un marcador de vulnerabilidad genética a los trastornos de ansiedad. La inhibición conductual (recelo al ser expuesto a situaciones novedosas) es otro factor de riesgo.<sup>3</sup>

## ► ESTRATEGIA Y EVIDENCIA

### ◆ Evaluación



[www.psicoadolescencia.com.ar](http://www.psicoadolescencia.com.ar)

Las personas con trastorno de ansiedad social consultan al médico con menos frecuencia que los pacientes con otros trastornos mentales.<sup>20</sup> También evitan la consulta por problemas psicológicos.<sup>11</sup> Entre los que consultan, la mayoría evita hablar sobre su ansiedad social.<sup>21</sup> Un trastorno coexistente suele ser el que lleva a estas personas a procurar ayuda médica.<sup>22</sup>

**Para pesquisar el trastorno se pueden formular dos preguntas<sup>12</sup>:**

**1) “¿Evita situaciones o actividades sociales?”**

**2) “¿Siente miedo o vergüenza en situaciones sociales?”**

Aunque algunas características de la ansiedad social se superponen con otros trastornos, éstos, así como también la timidez, se pueden diferenciar del trastorno de ansiedad social. Se debe interrogar sobre trastornos que pueden coexistir (por ej, abuso de alcohol y sustancias), trastornos del estado de ánimo y otros trastornos de ansiedad que se asocian con frecuencia con el trastorno de ansiedad social.<sup>12</sup>

La depresión puede enmascarar la presencia del trastorno de ansiedad social.<sup>11</sup> El paciente puede tratar de evitar la ansiedad social mediante el empleo de alcohol.<sup>23</sup> El abuso de sustancias no descarta el tratamiento del trastorno de ansiedad social, pero es necesario que cada uno de estos problemas se trate por separado.<sup>12</sup>

## ◆ Tratamiento

El trastorno de ansiedad social se puede tratar con psicoterapia, farmacoterapia, o ambas.<sup>6,23</sup> Para los pacientes que ya fueron tratados, una respuesta previa positiva o negativa a determinado enfoque es útil para orientar las decisiones terapéuticas. Entre los pacientes que se resisten a la psicoterapia, la farmacoterapia puede ser preferible al inicio, al menos hasta que la ansiedad disminuya y la psicoterapia sea una opción más aceptable. Para los pacientes con trastorno de ansiedad social relacionado con algún otro problema médico, como tartamudeo, obesidad o enfermedad de Parkinson, los tratamientos mencionados a continuación pueden ser útiles.<sup>23,24</sup>

## ≈ Psicoterapia

La terapia cognitiva conductual (TCC) se considera como el tratamiento de primera línea.<sup>12</sup> Varios estudios aleatorizados, controlados, mostraron que la TCC puede ser útil para el trastorno de ansiedad social. Efectos terapéuticos estables se comunicaron al seguimiento, a 1 mes y 6 meses después del tratamiento.<sup>26</sup> Sin embargo, un metanálisis reciente consideró que solo unos pocos de estos estudios eran de gran calidad<sup>28</sup>.

En estudios de gran calidad de TCC para tratar el trastorno de ansiedad social, las tasas de respuesta fueron del 50% - 65%,<sup>25,29,30,34</sup> resultados superiores a los del placebo (32%) y a los de los grupos de control (respuestas del 7% - 15%).<sup>25,29,30,34</sup> Las tasas de remisión con

la TCC fueron del 8,8% al 36%.<sup>29,35</sup> Para los adultos que no tienen acceso a la TCC cara a cara, la TCC por Internet puede ser una alternativa. Ambas son de similar eficacia.<sup>36,37</sup>

También se emplean otros tipos de psicoterapia, pero hay menos estudios sobre ellos. En estudios comparativos directos, un grupo que recibió terapia interpersonal tuvo mayor respuesta que un grupo de control (42% vs. 7%),<sup>25</sup> La disminución del estrés mediante el método de “conciencia plena” (“*mindfulness*”) efectuado como terapia grupal también tuvo menor respuesta que la TCC (39% vs. 67%).<sup>33</sup>

En tres estudios aleatorizados, las tasas de respuesta en grupos que recibieron terapia psicodinámica durante corto tiempo fueron superiores a las de los grupos placebo<sup>29,31,38</sup> y similares a las de los grupos de TCC, tanto en el corto plazo como en el seguimiento a 1 año y 2 años.<sup>29,31,39</sup> Las tasas de remisión también fueron similares para la terapia psicodinámica y la TCC. Son necesarios más estudios para evaluar la eficacia de estos métodos.

## ≈ **Farmacoterapia**

La farmacoterapia y la TCC parecen ser de eficacia similar para el tratamiento breve del trastorno de ansiedad social.<sup>44</sup> Los estudios comparativos directos sugieren que se logran mejorías más inmediatas con la farmacoterapia<sup>30</sup>, pero que los efectos de la TC son más duraderos.<sup>48-50</sup> Estudios aleatorizados que compararon la combinación de psicoterapia y farmacoterapia con cualquiera de ellas por separado mostraron resultados contradictorios.<sup>6,41,44,50,51</sup>

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se consideran la primera línea del tratamiento farmacológico. Las respuestas al inhibidor de la recaptación de serotonina– norepinefrina (IRSN) venlafaxina son similares a las informadas para los ISRS.<sup>4,43,44</sup>

## ► **ISRS e IRSN**

Los ISRS se convirtieron en la primera línea del tratamiento farmacológico para el trastorno de ansiedad social debido a su superioridad en numerosos estudios. El riesgo de efectos colaterales con los ISRS es pequeño y tienen la ventaja de ser útiles para tratar la depresión coexistente y otros trastornos relacionados con la ansiedad.<sup>4,6,12,40-43</sup>

Metanálisis de los resultados de estudios aleatorizados controlados mostraron una media de respuesta a corto plazo del 55% para los ISRS frente al 32% para el placebo.<sup>43,44</sup> La mayoría de los estudios en que se compararon diferentes ISRS no mostraron diferencias significativas en los efectos terapéuticos,<sup>4,43</sup> pero sólo uno de cada tres estudios de fluoxetina mostró eficacia para la ansiedad social.<sup>4,43</sup> El tratamiento con el IRSN venlafaxina también fue exitoso.<sup>4,43,44</sup>

Las dosis recomendadas y los efectos adversos más frecuentes de estos fármacos se enumeran en el cuadro 2.

## CUADRO 2. FARMACOTERAPIA PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL Y LA ANSIEDAD DE ACTUACIÓN

Medicamento*	Dosis	Efectos colaterales†
Trastorno de ansiedad social		
ISRS		Cefalea, náuseas, sedación, disfunción sexual, insomnio, sudoración, síndrome de abstinencia. Niños y adolescentes pueden tener ideas suicidas
Sertralina‡	Inicial: 25 mg/día. Objetivo: 50–200 mg/día	
Paroxetina‡	Inicial: 10 mg/día. Objetivo: 20–60 mg/día	
Paroxetina CR‡	Inicial: 12,5 mg/día. Objetivo: 12,5–37,5 mg/día	
Fluvoxamina XR‡	Inicial: 100 mg/día. Objetivo: 100–300 mg/día	
Escitalopram	Inicial: 5 mg/día. Objetivo: 5–20 mg/día	
IRSN		Igual que los ISRS, más hipertensión
Venlafaxina XR‡	Inicial: 37,5 mg/día. Objetivo: 75–225 mg/día	
Benzodiacepinas		
Clonazepam	Inicial: 0,25 mg una vez/día Objetivo: 0.50–4,0 mg una vez/día o dividido en 2 dosis	Sedación, deterioro cognitivo, ataxia, síndrome de abstinencia
Anticonvulsivo		
Pregabalina	Inicial: 150 mg/día. Objetivo: 600 mg/día Habitualmente dividido en 2 o 3 dosis	Boca seca, sedación, ataxia, náuseas, mareos, astenia flatulencia, disminución de la libido
Inhibidores de la MAO§		
Fenelzina	Inicial: 15 mg/day. Target: 15–90 mg/day. Usually	Hipotensión, aumento de peso, sedación, insomnio,

	divided in 3 doses	necesaria dieta baja en tiramina para prevenir reacción hipertensiva. Contraindicado combinar ISRS or IRSN con inhibidores de la MAO (riesgo del síndrome serotoninérgico)
Moclobemida	Inicial: 150 mg/día Objetivo: 300–600 mg/día divididos en 2 dosis	Boca seca, constipación, náuseas, diarrea, insomnio, mareos, ansiedad, inquietud
Ansiedad de actuación		
Betabloqueantes		
Propranolol	Inicial: 10 mg/día según necesidad. Objetivo: 10–40 mg/día, según necesidad	Hipotensión, bradicardia
Benzodiacepinas		Sedación, deterioro cognitivo, ataxia
Alprazolam**	Inicial: 0,25 mg/día S/ necesidad. Objetivo: 0,25–1,00 mg/día s/ necesidad	
Lorazepam**	Inicial: 0,5 mg/día s/ necesidad. Objetivo: 0,5–2,0 mg/día s/ necesidad	

\* Este listado no es exhaustivo. Incluye todos los medicamentos autorizados por la *Food and Drug Administration* (FDA) para el tratamiento de estos trastornos y algunos otros para los que hay evidencia de eficacia. CR significa liberación controlada, MAO es monoamina oxidasa, IRSN es inhibidor de la recaptación de serotonina–norepinefrina, ISRS es inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, y XR es liberación prolongada.

† Para cada medicamento, la FDA especifica los riesgos en caso de embarazo o lactancia y es necesario tenerlos en cuenta.

‡ Estos medicamentos fueron autorizados por la FDA para el trastorno de ansiedad social.

§ El empleo de inhibidores de la MAO está limitado por restricciones alimentarias y el riesgo de efectos adversos graves. Se reservan para trastornos resistentes al tratamiento.<sup>12,23</sup>

¶ Moclobemida es un inhibidor reversible de la monoamina oxidasa A, para el que no hay restricciones alimentarias y tiene menos efectos adversos que los inhibidores de las MAO, pero no es uniformemente superior al placebo.<sup>4</sup>

|| La evidencia de eficacia para la ansiedad de actuación se infiere de estudios aleatorizados, controlados que incluyeron personas sin diagnóstico formal de ansiedad de actuación.

\*\* Medicamentos autorizados por la FDA para los trastornos de ansiedad.

Las dosis se van aumentando en los pacientes que no respondieron tras 4 semanas, mientras los efectos colaterales sean mínimos.<sup>23</sup> Sin embargo, en un análisis que incluyó tres estudios aleatorizados del ISRS paroxetina, más del 25% de los pacientes que no habían respondido a las 4 semanas tuvieron respuesta tras 8 semanas de tratamiento con la misma dosis.<sup>6,46</sup> No se sabe bien cuál es la duración apropiada del tratamiento,<sup>4,40</sup> pero la evidencia sugiere que se debe mantener por lo menos de 3 a 6 meses tras la respuesta del paciente y después se puede ir disminuyendo gradualmente.<sup>4</sup>

Si el paciente no responde, se debe pensar en falta de cumplimiento terapéutico y en los efectos de los trastornos coexistentes.<sup>4</sup> Aunque los datos sobre cómo tratar a los pacientes que no responden inicialmente son escasos, la experiencia respalda la estrategia de probar con otro ISRS o el IRSN venlafaxina.<sup>12</sup>

### ◆ Anticonvulsivos y benzodiazepinas

El anticonvulsivo pregabalina fue superior al placebo en dos estudios aleatorizados controlados.<sup>4,42</sup>, pero las respuestas fueron de solo el 30% - 43% en relación con el 20% - 22%, respectivamente, para el placebo.<sup>4</sup> Se hallaron respuestas similares para gabapentina en un estudio aleatorizado, controlado.<sup>4</sup> Estudios aleatorizados también respaldaron la eficacia de las benzodiazepinas para el trastorno de ansiedad social (específicamente, clonazepam y bromazepam).<sup>4</sup>

No obstante, estos fármacos tienen el riesgo de dependencia fisiológica y síntomas de abstinencia<sup>40</sup> y no se recomiendan para pacientes con depresión coexistente o antecedentes de abuso de sustancias.<sup>4,23</sup> Se pueden emplear como tratamiento inicial o complementario en pacientes con síntomas incapacitantes que necesitan un rápido alivio.<sup>40,47</sup> Para pacientes que no responden a un ISRS o un IRSN, una opción es el agregado de una benzodiazepina (clonazepam) o de pregabalina<sup>4,23,47</sup> aunque se necesitan más datos al respecto.

### ◆ Medicamentos para la ansiedad de actuación

Los betabloqueantes como el propranolol se emplean con frecuencia en pacientes con ansiedad de actuación (músicos, actores o personas que deben hablar en público). Cuando se toman aproximadamente una hora antes de la actuación, los betabloqueantes reducen los síntomas neurovegetativos, como temblor, sudoración y taquicardia.<sup>3,4,23,40</sup> Las benzodiacepinas también se emplean según necesidad, pero pueden causar sedación.<sup>4</sup>

---

### ► TEMAS NO RESUELTOS

Son necesarios buenos estudios aleatorizados, controlados, sobre los efectos de diversos tratamientos, ya que la calidad de muchos de los estudios sobre el empleo de la psicoterapia y la farmacoterapia es limitada.<sup>28,45</sup> Además, la mayoría de los estudios sobre fármacos carecen de seguimiento prolongado tras la suspensión del tratamiento.

También son necesarios más estudios directos que comparen los resultados a largo plazo de la farmacoterapia y la psicoterapia. Se necesitan asimismo estudios que evalúen si el tratamiento temprano del trastorno de ansiedad social puede prevenir el curso crónico y alteraciones más graves. También son necesarios estudios aleatorizados, controlados que evalúen los efectos de los betabloqueantes y las benzodiacepinas sobre el trastorno de ansiedad de actuación.<sup>4,43</sup>

---

### ► GUÍAS

El *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) y la *Canadian Psychiatric Association* publicaron recomendaciones para el tratamiento del trastorno de ansiedad social.<sup>12,42</sup> NICE aconseja la TCC como superior a la farmacoterapia, mientras que las recomendaciones canadienses consideran a ambos como tratamientos de primera línea. Las recomendaciones de este artículo en general concuerdan con las recomendaciones existentes.

---

### ► CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El paciente mencionado en el caso clínico, refería miedos sociales cuando debía hacer una presentación, dar un examen o reunirse con una figura de autoridad. Estos miedos se asociaban con palpitaciones, temblores, rubor y sudoración. También refirió evitar el contacto social. Estos síntomas son compatibles con el diagnóstico de trastorno de ansiedad social. Se lo debe interrogar sobre depresión, otras situaciones en las que sufre ansiedad y el abuso de sustancias.

Para pacientes como este joven, la TCC (14 a 16 sesiones durante aproximadamente 4 meses) o la farmacoterapia con un IRSR son eficaces. La farmacoterapia suele tener resultados más rápidos, pero los efectos de la TCC quizás sean más duraderos. Por eso en

general os autores recomiendan la TCC en lugar de la farmacoterapia. Si el paciente prefiere esta última se comienza con un ISRS a dosis bajas para reducir al mínimo los efectos colaterales y se aumenta la dosis gradualmente según necesidad. La farmacoterapia se debe continuar durante por lo menos 3 a 6 meses después de que el paciente haya respondido. Además, se debe estimular a los pacientes a disminuir la evitación social y aumentar las actividades sociales.<sup>23</sup>

**Resumen y comentario objetivo: Dr. Ricardo Ferreira**

Contenidos relacionados

**Los editores le recomiendan continuar con las siguientes lecturas:**

- ▶ **Mejoría temprana en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada tratados con pregabalina**
- ▶ **Neurobiología de la depresión y trastornos de ansiedad**
- ▶ **Trastorno de ansiedad generalizada**
- ▶ **Pacientes con trastornos de ansiedad**

**Referencias bibliográficas:**

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición: DSM-5. Washington, DC: Publicaciones Psiquiátricas Americanas, 2013.
2. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Miedos sociales y fobia social en los EE. UU.: resultados de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad. *Psychol Med* 2008; 38: 15-28.
3. Bögels SM, Alden L, Beidel DC, et al. Trastorno de ansiedad social: preguntas y respuestas para el DSM-V. *Depress Ansiedad* 2010; 27: 168 - 89.
4. Blanco C, Bragdon LB, Schneier FR, Liebowitz MR. La farmacoterapia basada en la evidencia del trastorno de ansiedad social. *Int J Neuropsychopharmacol* 2013; 16: 235 - 49.
5. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Doce meses de vida y prevalencia y riesgo mórbido de por vida de ansiedad y trastornos del estado de ánimo en los Estados Unidos. *Int J Métodos Psychiatr Res* 2012; 21: 169-84.
6. Stein MB, Stein DJ. Desorden de ansiedad social. *Lancet* 2008; 371: 1115 - 25.
7. Steinert C, Hofmann M, Leichsenring F, Kruse J. ¿Qué sabemos hoy sobre el curso prospectivo a largo plazo del trastorno de ansiedad social? Una revisión sistemática de la literatura. *J Ansiedad Disord* 2013; 27: 692 - 702.
8. Kessler RC. Los impedimentos causados por la fobia social en la población general: implicaciones para la intervención. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2003; 417: 19-27.

9. Keller MB. El curso de la vida del trastorno de ansiedad social: una perspectiva clínica. Acta Psychiatr Scand Suppl 2003; 417: 85 - 94.
10. Beesdo K, Bittner A, Pine DS, et al. Incidencia del trastorno de ansiedad social y el riesgo constante de depresión secundaria en las tres primeras décadas de vida. Arch Gen Psychiatry 2007; 64: 903 - 12.
11. Lecrubier Y, Wittchen HU, Faravelli C, Bobes J, Patel A, Knapp M. Una perspectiva europea sobre el trastorno de ansiedad social. Eur Psychiatry 2000; 15: 5-16.
12. Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención. Ansiedad social: reconocimiento, evaluación y tratamiento: guía clínica. 22 de mayo de 2013 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>).
13. Scaini S, Belotti R, Ogliari A. Contribuciones genéticas y ambientales a la ansiedad social a través de diferentes edades: un enfoque metaanalítico de los datos gemelos. J Anxiety Disord 2014; 28: 650 - 6.
14. Beidel DC, Turner SM. Niños tímidos, adultos fóbicos: naturaleza y tratamiento de la fobia social. 2ª ed. Washington, DC: Asociación Americana de Psicología, 2007.
15. Majdandžić M, Möller EL, de Vente W, Bögels SM, van den Boom DC. La conducta paternal desafiante del padre evita el desarrollo de ansiedad social en sus hijos de 4 años de edad: un estudio observacional longitudinal. J Abnorm Child Psychol 2014; 42: 301 - 10.
16. Aktar E, Majdandžić M, de Vente W, Bögels SM. El trastorno de ansiedad social de los padres predice prospectivamente el miedo / la evitación de los niños pequeños en un paradigma de referencia social. J Child Psychol Psychiatry 2014; 55: 77 - 87.
17. Nikolić M, de Vente W, Colonnese C, Bögels SM. La excitación autonómica en niños de padres con y sin trastorno de ansiedad social: un estudio de alto riesgo. J Child Psychol Psychiatry 2016; 57: 1047 - 55.
18. Fox AS, Kalin NH. Un enfoque de neurociencia traslacional para comprender el desarrollo del trastorno de ansiedad social y su fisiopatología. Am J Psiquiatría 2014; 171: 1162 - 73.
19. Stein MB, Andrews AM. Estados de serotonina y ansiedad social. JAMA Psiquiatría 2015; 72: 845 - 7.
20. Gross R, Olfson M, Gameroff MJ, et al. Trastorno de ansiedad social en la atención primaria. Gen Hosp Psychiatry 2005; 27: 161-8.
21. Davidson JR, Hughes DL, George LK, Blazer DG. Home Idiomas Ingresar a Epistemonikos Búsqueda avanzada La epidemiología de la fobia social: resultados de la Duke Epidemiological Catchment Area Study. Psychol Med 1993; 23: 709 - 18.
22. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agorafobia, fobia simple y fobia social en la Encuesta Nacional de Comorbilidad. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 159 - 68.
23. Schneier FR. Desorden de ansiedad social. N Engl J Med 2006; 355: 1029 - 36. 24. Stein MB, Baird A, Walker JR. Fobia social en adultos con tartamudez. Am J Psychiatry 1996; 153: 278 - 80.
25. Stangier U, Schramm E, Heidenreich T, Berger M, Clark DM. Home Idiomas Ingresar a Epistemonikos Búsqueda avanzada Terapia cognitiva vs psicoterapia interpersonal en el trastorno de ansiedad social: un ensayo controlado aleatorio. Arch Gen Psiquiatría 2011; 68: 692 - 700.



- 26.** Acarturk C, Cuijpers P, de Straten A, de Graaf R. Tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social: un meta-análisis. *Psychol Med* 2009; 39: 241 - 54.
- 27.** Clark DM, Ehlers A, Hackmann A, y col. Home Cómo funciona Idiomas Ingresar a Epistemonikos Búsqueda avanzada Terapia cognitiva versus exposición y relajación aplicada en la fobia social: un ensayo controlado aleatorio. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 568 - 78.
- 28.** Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJ. ¿Qué tan efectivas son las terapias de comportamiento cognitivo para la depresión mayor y los trastornos de ansiedad? Una actualización metaanalítica de la evidencia. *Psiquiatría Mundial* 2016; 15: 245 - 58.
- 29.** Leichsenring F, Salzer S, Beutel ME, et al. Home Idiomas Ingresar a Epistemonikos Búsqueda avanzada La terapia psicodinámica y la terapia cognitivo-conductual en el trastorno de ansiedad social: un multicéntrico ensayo controlado aleatorizado. *Am J Psiquiatría* 2013; 170: 759 - 67.
- 30.** Davidson JR, Foa EB, Huppert JD, et al. Fluoxetina, terapia cognitivo conductual integral y placebo en la fobia social generalizada. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 1005 - 13.
- 31.** Bögels SM, Wijts P, Oort FJ, Sallaerts SJ. Psicoterapia psicodinámica versus terapia del comportamiento cognitivo para el trastorno de ansiedad social: un ensayo de eficacia y eficacia parcial. *Depress Ansiedad* 2014; 31: 363 - 73.
- 32.** Lipsitz JD, Gur M, Vermes D, et al. Home Idiomas Ingresar a Epistemonikos Búsqueda avanzada Un ensayo aleatorio de la terapia interpersonal versus tratamiento de apoyo para el trastorno de ansiedad social. *Depress Ansiedad* 2008; 25: 542-53.
- 33.** Koszycki D, Bengner M, Shlik J, Bradwejn J. Ensayo aleatorio de un programa de reducción del estrés basado en la meditación y la terapia cognitivo-conductual en el trastorno de ansiedad social generalizada. *Behav Res Ther* 2007; 45: 2518 - 26.
- 34.** Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, y col. Terapia cognitivo-conductual de grupo versus terapia con fenelzina para fobia social: resultado de 12 semanas. *Arch Gen Psiquiatría* 1998; 55: 1133-41.
- 35.** Blanco C, Heimberg RG, Schneier FR, et al. Un ensayo controlado con placebo de fenelzina, terapia de grupo cognitivo conductual, y su combinación para el trastorno de ansiedad social. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 286 - 95.
- 36.** Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P., Riper H, Hedman E. Tratamiento cognitivo dirigido basado en Internet frente a cara para los trastornos psiquiátricos y somáticos: una revisión sistemática y meta-análisis. *World Psychiatry* 2014; 13: 288 - 95.
- 37.** Andrews G, Newby JM, Williams AD. La terapia de conducta cognitiva entregada por Internet para los trastornos de ansiedad está aquí para quedarse. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17: 533.
- 38.** Knijnik DZ, Kapczinski F, Chachamovich E, Margis R, Eizirik CL. Tratamiento psicodinámico en grupo para la fobia social generalizada. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26: 77-81. (En portugues.)
- 39.** Leichsenring F, Salzer S, Beutel ME, et al. Resultados a largo plazo de la terapia psicodinámica y la terapia cognitivo-conductual en el trastorno de ansiedad social. *Am J Psiquiatría* 2014; 171: 1074 - 82.

40. Kimmel RJ, Roy-Byrne PP, Cowley DS. Tratamientos farmacológicos para el trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica y trastorno de ansiedad social En: Nathan PE, Gorman JM, eds. Una guía para los tratamientos que funcionan. Nueva York: Oxford University Press, 2015: 463-505.
41. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, et al. Tratamiento farmacológico basado en la evidencia de trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión de las guías de 2005 de la British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2014; 28: 403 - 39.
42. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Guías de práctica clínica canadiense para el manejo de la ansiedad, el estrés postraumático y los trastornos obsesivo-compulsivos. *BMC Psiquiatría* 2014; 14: Supl. 1: S1.
43. Ipser JC, Kariuki CM, Stein DJ. Farmacoterapia para el trastorno de ansiedad social: una revisión sistemática. *Expert Rev Neurother* 2008; 8: 235 - 57.
44. Canton J, Scott KM, Glue P. Tratamiento óptimo de la fobia social: revisión sistemática y metaanálisis. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2012; 8: 203-15.
45. Curtiss J, Andrews L, Davis M, Smits J, Hofmann SG. Un metanálisis de la farmacoterapia para el trastorno de ansiedad social: un examen de eficacia, moderadores y mediadores. *Expert Opin Pharmacother* 2017; 18: 243 - 51.
46. Stein DJ, Stein MB, Pitts CD, Kumar R, Hunter B. Predictores de la respuesta a la farmacoterapia en el trastorno de ansiedad social: un análisis de 3 ensayos controlados con placebo de paroxetina. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 152 - 5.
47. Pollack MH, Van Ameringen M, Simon NM, et al. Home Idiomas Ingresar a Epistemonikos Búsqueda avanzada Un ensayo doble ciego aleatorizado controlado de aumento y cambio de estrategias para el trastorno de ansiedad social refractaria. *Am J Psiquiatría* 2014; 171: 44 - 53.
48. Haug TT, Blomhoff S, Hellstrom K, et al. Home Idiomas Ingresar a Epistemonikos Búsqueda avanzada Terapia de exposición y sertralina en la fobia social: 1 año de seguimiento de un ensayo controlado aleatorio. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 312 - 8.
49. Liebowitz MR, Heimberg RG, Schneier FR, et al. Terapia de grupo cognitivo-conductual versus fenelzina en fobia social: resultado a largo plazo. *Depress Ansiedad* 1999; 10: 89 - 98.
50. Nordahl HM, Vogel PA, Morken G, Stiles TC, Sandvik P, Wells A. La paroxetina, terapia cognitiva o su combinación en el tratamiento del trastorno de ansiedad social con y sin trastorno de la personalidad por evitación: un ensayo clínico aleatorizado. *Psychother Psychosom* 2016; 85: 346 - 56.
51. Knijnik DZ, Blanco C, Salum GA, et al. Home Cómo funciona Idiomas Ingresar a Epistemonikos Búsqueda avanzada Un estudio piloto de clonazepam versus terapia psicodinámica en grupo más clonazepam en el tratamiento del trastorno de ansiedad social generalizada. *Eur Psychiatry* 2008; 23: 5