

ARTÍCULO ORIGINAL

TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

J. Bobes, M. T. Bascarán, M. Bousoño,
M. P. García-Portilla y P. A. Saiz
Área de Psiquiatría.
Universidad de Oviedo

AGENDA

EN BREVE...

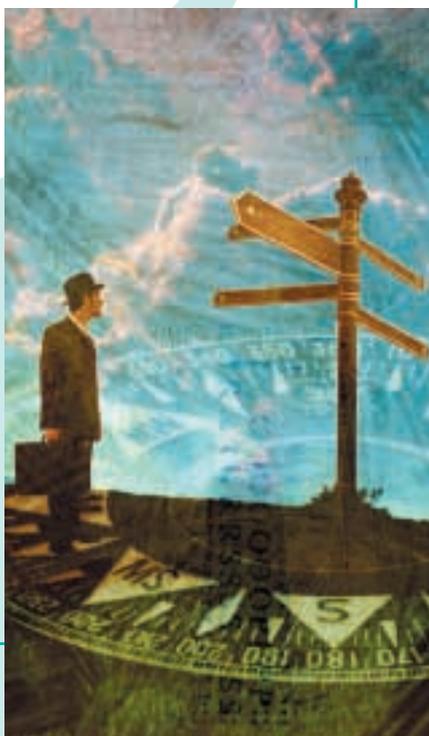
EN BREVE...

LOS MÉDICOS, LOS PEORES ENFERMOS

En el XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), que se celebrará a principios de octubre en Santander, se dedicará una mesa a evaluar la salud en los médicos.

Cuando los profesionales de la Sanidad, y sobre todo los médicos, enferman no acceden al sistema sanitario como el resto de la población. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que el médico no actúa siguiendo la misma pauta establecida para el resto de la población. Este es uno de los temas que se debatirá en la mesa sobre «La salud de los médicos» dentro del próximo Congreso Nacional de la SEMERGEN, que tendrá lugar del 1 al 4 de octubre en Santander.

(Más breves en pág. 7) ▶▶▶



ARTÍCULO ORIGINAL

Trastorno de ansiedad social: actualidad clínica y terapéutica

INTRODUCCIÓN

Durante el siglo XIX, Casper describió, en 1845, casos de angustia social en pacientes con «ereutofobia», pero es en 1896 cuando aparece la ereutofobia en la clasificación de las fobias de la psicopatología clásica, tras la publicación de Pitres y Regis. Posteriormente, Janet, en 1903, propone incluir una sección de fobia social dentro de su clasificación de fobias.

La primera descripción diferenciada de la fobia social de otros trastornos de ansiedad se debe a Marks y Gelder, en 1966 y, el reconocimiento de la fobia social como entidad clínica independiente aparece por primera vez en el DSM-III, en 1980 y, en 1992 en la CIE-10.

(Continúa pág. 2) ▶▶▶

Salud Global®-Salud Mental es un producto de

Salud Global®



C. I. Venecia-2, Edificio Alfa III - Planta 5ª Oficina 160
Isabel Colbrand, 10. 28050 Madrid - Tel.: 91 358 86 57 - Fax: 91 358 90 67

www.grupoaulamedica.com

Con la colaboración de



S.V.P.: 269-R-CM

Trastorno de ansiedad social: actualización clínica y terapéutica

J. BOBES, M. T. BASCARÁN, M. BOUSOÑO, M. P. GARCÍA-PORTILLA Y P. A. SAIZ
Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo

Es en 1985 cuando Liebowitz señala la fobia social como un trastorno de ansiedad olvidado, dando lugar desde entonces a su estudio en profundidad.

Recientemente se han propuesto para las próximas revisiones en marcha de ambos sistemas de clasificación (CIE-11 y DSM-IV-R) algunas modificaciones que, entre otros aspectos, implican el cambio de denominación y la delimitación de estos trastornos. Así, en 1998, el grupo de *consensus* sobre fobia social (Ballenger y cols., 1998), ha decidido proponer la nueva denominación de estos trastornos como trastornos de ansiedad social.

CONCEPTO

El trastorno de ansiedad social, antes denominado fobia social, consiste en una preocupación excesiva acerca del escrutinio por otras personas en situaciones en las que la persona cree que hará algo que pueda ser embarazoso o humillante o mostrará signos de ansiedad, lo que lleva a conductas de evitación de dichas situaciones o a soportarlas con estrés.

La ansiedad social está centrada en el temor al escrutinio por otras personas. Este temor puede ser concreto (ej.: comer en público, hablar en público, etc.) o difuso, en todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar.

Las situaciones que provocan ansiedad social son muy variadas y pueden producir bien ansiedad de actuación o de interacción. Entre las causas que producen ansiedad de actuación están: hablar en público, tanto en grupos grandes como en pequeños, escribir,

comer o beber delante de otros, tocar un instrumento, practicar deportes, entrar en una sala en la que están otras personas o utilizar un aseo público. Entre las situaciones que provocan ansiedad por interacción estarían: ir a una fiesta, iniciar conversaciones, citas, preguntar a personas con autoridad (ej., profesor, jefe en el trabajo, etc.), preguntar a un vendedor, una dirección, etc.

EPIDEMIOLOGÍA

El trastorno de ansiedad social tiene una prevalencia elevada. Kessler y cols., en 1994, refiere en los resultados, en población ge-

neral, del NCS que la fobia social era el tercer trastorno mental en frecuencia en prevalencia. La prevalencia año resultó de un 8% y la prevalencia vida del 13%, idéntica a la hallada en el Ontario Health Survey MHS, con criterios DSM-III-R, en el que la prevalencia año resultó del 7%. Más recientemente, en 1998, Wittchen y cols., obtienen del estudio EDSP una prevalencia año del 5% y prevalencia vida del 10%. En estudios realizados en asistencia primaria se han encontrado prevalencias de 4,9% en Francia y del 7% en EE.UU.

A continuación se presenta una tabla en la que se refleja la prevalencia durante la vida del trastor-

País	Referencia	Criterios	N	Hombre	Mujer	Total
Francia	Lépine y Lellouch, 1995	DSM-III-R		2,1	5,4	4,1
Francia	Lépine y Péliissolo, 1999	DSM-IV				7,3
Francia	Péliissolo y cols., 2000	DSM-IV	12.873			7,3
Suiza	Degonda y Angst, 1993	DSM-III	591	3,1	5,7	4,4
Suiza	Wacker y cols., 1992	DSM-III-R CIE-10	470			16,0 9,6
Alemania	Wittchen y cols., 1998	DSM-IV	3.021	2,2	4,8	3,5
	Wittchen y cols., 1999	DSM-IV	3.021	4,9	9,5	7,3
Islandia	Lindal y Stefansson, 1993	DSM-III	862	2,5	4,5	3,5
Italia	Faravelli y cols., 1989	DSM-III-R	1.110			0,99*
Italia	Faravelli y cols., 2000	FPI/CIDI	2.355	-	-	4,0
España	Arillo y cols., 1998	DIS	237		8,9	
Holanda	Bijl y cols., 1998	DSM-III-R	7.076	5,9	9,7	7,8
Cerdeña	Carta y Rudas, 1998	CIDI	1.100			3,1
Udmurtia	Pakriev y cols., 1998	CIE-10	855			45,6

no de ansiedad social en población general de países europeos.

La prevalencia de la ansiedad social puede variar en función del rigor de los criterios diagnósticos, ya que con una definición restrictiva varía la prevalencia entre el 0,9 al 1,9 y con una definición amplia entre el 2,3 al 7,3%. Las cifras son cambiantes según se tenga en cuenta o no la evitación, intensidad e interferencia. Recientemente (2002) se han presentado los datos del ESEMeD, estudio epidemiológico que se lleva a cabo en seis países europeos, y la prevalencia obtenida ha sido entre el 2-4%.

CLÍNICA

El Grupo de Consenso Internacional en Depresión y Ansiedad considera el rubor como el principal síntoma físico y a la vez el distintivo del trastorno de ansiedad social respecto al resto de trastornos de ansiedad, destacando tam-

bién entre los síntomas físicos más notables el temblor, sudoración, bloqueo al hablar y dificultades al usar baños públicos. Por otro lado, los pensamientos desadaptativos sobre las situaciones sociales constituyen un síntoma cognitivo importante en los adultos, mientras que los niños y adolescentes no experimentan cogniciones negativas. Además existen rasgos de personalidad comúnmente asociados al trastorno, como una especial susceptibilidad a la crítica y a la valoración negativa de los demás, temor al rechazo, dificultad para la autoafirmación, baja autoestima y sentimientos de inferioridad.

Uno de los estudios clínicos más completos en cuanto a sintomatología del trastorno de ansiedad es el llevado a cabo por Amies y cols., y cuyos resultados están en consonancia con los del estudio de validación de escalas de Bobes y cols., como podemos observar en la tabla que se presenta a continuación.

Síntomas físicos más frecuentes en el trastorno de ansiedad social

Estudio clínico comparativo (Amies, 1983)	Estudio validación de escalas (Bobes, 1999)
Palpitaciones (79%)	Tensión muscular (80%)
Temblor (75%)	Sudoración (78%)
Sudoración (74%)	Rubor (64%)
Tensión muscular (64%)	Boca seca (60%)
Sensación de vacío en el estómago (63%)	Palpitaciones (59%)
Sequedad de boca (61%)	Tensión/cefalea (59%)
Sensación de frío o calor (57%)	Vacío en epigastrio (59%)
Sensación de opresión en la cabeza o cefalea (46%)	Temblores (50%)
	Escalofríos (50%)
	Confusión (46%)
	Dispepsias (43%)
	Diarrea (20%)

EVALUACIÓN

En la última década los sistemas nosológicos vigentes han estimulado y contribuido a realizar evaluaciones y diagnósticos multiaxiales, filosofía ésta que compartimos sustancialmente. Siguiendo el sistema de la CIE-10, la evaluación multiaxial en los pacientes con trastorno de ansiedad social ha de comprender:

- Evaluación del eje I:
 - trastorno de ansiedad social, y
 - trastorno de la personalidad por evitación.
- Evaluación del eje II:
 - grado de discapacidad asociado al trastorno de ansiedad social, y
 - calidad de vida relacionada con la salud que perciben estos pacientes.

Para la evaluación de la fobia social/ansiedad social se requiere, sin duda alguna, la realización de una historia clínica adecuada y completa. Existen, además, diferentes instrumentos que amén de prestar ayuda al clínico a la hora de realizar el diagnóstico facilitan la evaluación de los resultados de los tratamientos permitiendo establecer parámetros de mejoría clínica, recuperación, remisión, etc.

Los pensamientos desadaptativos sobre las situaciones sociales constituyen un síntoma cognitivo importante en los adultos, mientras que en los niños y adolescentes no experimentan cogniciones negativas



En función de su utilización clasificaremos los instrumentos de evaluación para el trastorno de ansiedad social en los siguientes tres grupos:

- Instrumentos de cribado.
- Entrevistas de ayuda diagnóstica.
- Escalas de intensidad/gravedad.

Aunque en la actualidad disponemos de distintos instrumentos de cribado para los trastornos mentales tan solo unos pocos, entre los que se encuentran la MINI-Screen y el CIDI, incluyen la fobia social. Por otra parte, existen instrumentos específicamente desarrollados para el trastorno de ansiedad social como es el caso del Cuestionario-Screening de Ansiedad Social (SAS-Q), y el Inventario de Fobia Social (versión de 3 ítems, SPIN-3).

Las entrevistas de ayuda diagnóstica se caracterizan por

ser instrumentos con una elevada fiabilidad diagnóstica conseguida gracias a una elevada estructuración de las mismas y a un entrenamiento previo del personal que las va a administrar. Generalmente, han de ser administrados por personal especializado, lo que se traduce en un elevado coste (en tiempo y dinero). El clínico ha de basar

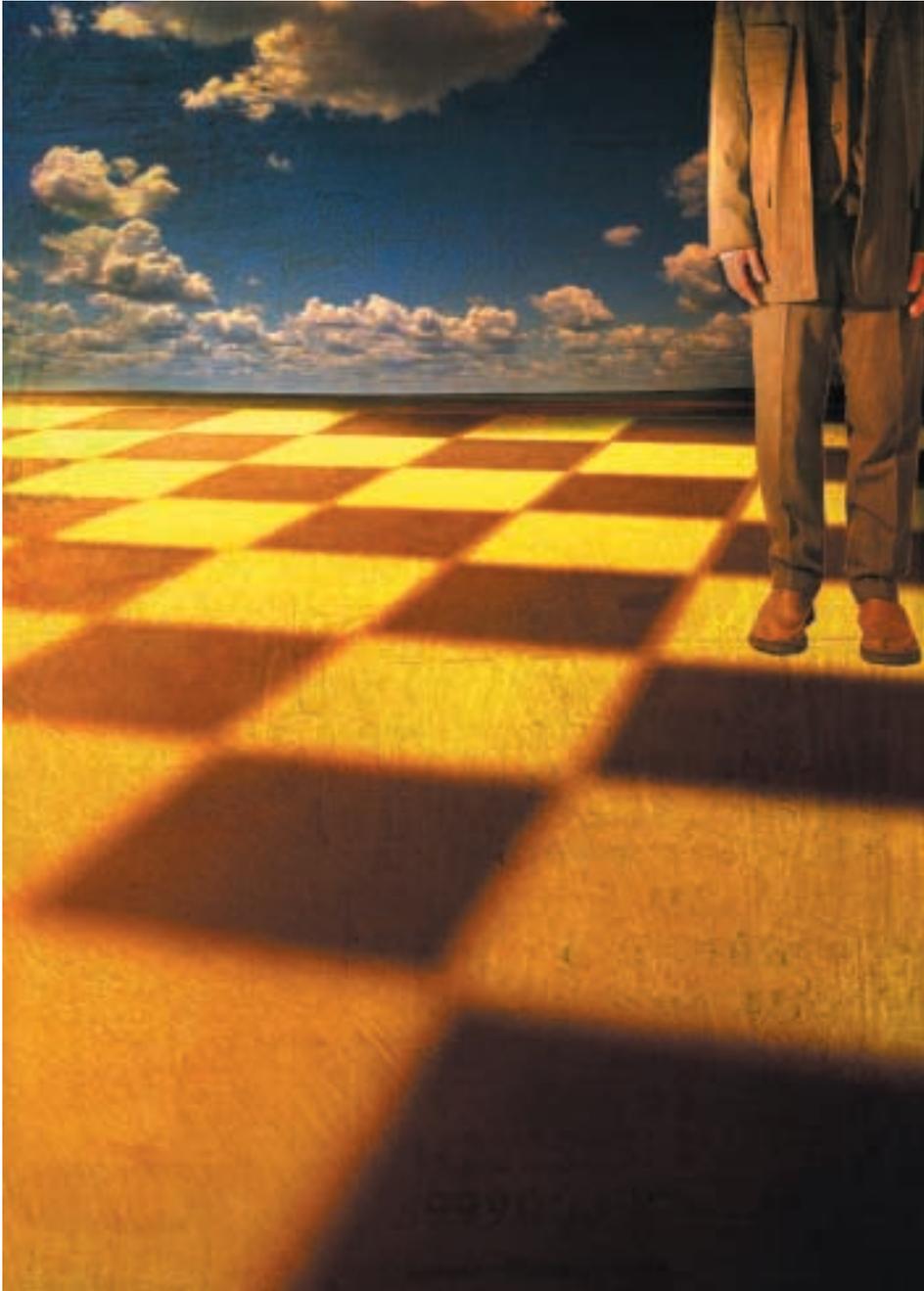
la puntuación en los ítems en su juicio del clínico teniendo en cuenta la intensidad o frecuencia de los síntomas que presenta el paciente.

De estos instrumentos, se pueden considerar más factibles para la práctica cotidiana: el PSE-10 (sistema SCAN), el SCID-I y la MINI.

Las escalas de intensidad/gravedad también denominadas escalas de síntomas tienen como objetivo la evaluación de la gravedad del cuadro clínico ya diagnosticado.

En general, estas escalas son más sencillas que las entrevistas de ayuda diagnóstica por lo que se requiere menor tiempo para su administración. Además algunas de ellas no requieren una persona que las administre, sino que es el propio paciente quien las cumplimenta. Las más utilizadas son: LSAS. Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, SADS. Escala de Ansiedad Social de Watson y Friend, EBFSD. Escala Breve de

Las escalas de intensidad/gravedad también denominadas escalas de síntomas tienen como objetivo la evaluación de la gravedad del cuadro clínico ya diagnosticado



Las escalas de intensidad/gravedad son más sencillas que las entrevistas de ayuda diagnóstica por lo que se requiere menor tiempo para su administración

Fobia Social de Duke y SPIN. Inventario de Fobia Social de Davidson.

De todas ellas, la más utilizada universalmente es la LSAS. Inicialmente desarrollada en EE.UU. en 1987 fue perfeccionada en 1992. Esta escala ha sido adaptada y validada en castellano por un grupo de profesionales españoles. La escala consta de un total de 24 situaciones sociales que se evalúan desde una doble vertiente; presencia de te-

Los objetivos principales del tratamiento son el control de los síntomas, reducir la discapacidad asociada al trastorno, mejorar la gravedad de la enfermedad y tratar otros trastornos comórbidos, principalmente la depresión

mor o ansiedad en dichas situaciones y grado de evitación de las mismas. Además las situaciones sociales evaluadas se subdividen en interacciones sociales (p.e., conocer a extraños, ser el centro de atención, organizar una fiesta, etc.) y ejecución de tareas (participar en pequeños grupos, hablar por teléfono en público, trabajar mientras le están observando, etc.). Por lo tanto, con la LSAS obtenemos una puntuación global, puntuación en dos subescalas, ansiedad social y ansiedad de ejecución, y puntuación en dos síntomas, ansiedad y evitación.

TRATAMIENTO

Los objetivos principales del tratamiento son el control de los síntomas, tanto de ansiedad como de evitación fóbica, reducir la discapacidad asociada al trastorno, mejorar la gravedad de la enfermedad y, por tanto, el bienestar general y tratar otros trastornos comórbidos, principalmente la depresión.

A continuación se muestran las dosis medias utilizadas con los fármacos más eficaces en distintos ensayos clínicos:

Fármaco	Referencia	N	Dosis media mg/día
Fenelcina	Gelernter y cols., 1991	65	55
	Liebowitz y cols., 1992	74	76
	Versiani y cols., 1992	78	68
	Heimberg y cols., 1998	133	60
Atenolol	Liebowitz y cols., 1992	74	98
Moclobemida	Versiani y cols., 1992	78	580
	Internacional, 1997	578	Pbo, 300, 600
	Schneier y cols., 1998	77	728
	Noyes y cols., 1997	583	Pbo, 75, 150, 300, 600, 900
Brofaromina	Van Vliet y cols., 1992	30	150
	Fahlen y cols., 1995	77	150
	Lott y cols., 1997	102	107
Clonazepam	Davidson y cols., 1993	75	2,4
Bromazepam	Versiani y cols., 1997	60	21
Fluvoxamina	Van Vliet y cols., 1994	30	150
	Stein M y cols., 1998	92	202
Sertralina	Katzelnick y cols., 1995	12	133
Paroxetina	Stein M y cols., 1998	187	37
	Baldwin y cols., 1999	90	35
Buspirona	Van Vliet y cols., 1997	30	30
Gabapentina	Pande y cols., 1999	69	2.100
Olanzapina	Barnett y cols., 2002	12	20

Es importante, en el momento de plantear el tratamiento, el contrato terapéutico, remarcando los síntomas del paciente, enfatizando que el trastorno responde al tratamiento, que se negociará con el paciente, listar problemas y prioridades, delimitar tiempo real para la mejoría y acordar revisar la medicación regularmente.

La respuesta, con frecuencia requiere tratamiento a largo plazo, siendo necesarios para la consolidación de la recuperación meses o años. La disminución de la medicación deberá hacerse de forma gradual después del primer año de mejoría.

El manejo farmacológico, siguiendo al grupo internacional de consenso en depresión y ansiedad, se iniciaría con una dosis inicial de un ISRS, que a las 2-4 semanas si fuera necesario se incrementaría, ya que algunas respuestas son evidentes a las 2-4 semanas. Si transcurridas 6-8 semanas no hubiera respuesta, se incrementaría más la dosis o se ha de cambiar a otro tipo de sustancia.

El abordaje cognitivo-comportamental ha resultado ser la forma de psicoterapia más efectiva para el tratamiento de este trastorno de ansiedad, tanto administrado en forma monoterápica

como en combinación con soporte psicofarmacológico. El tratamiento cognitivo-comportamental ha demostrado ser efectivo en el mantenimiento de la remisión clínica.

En general se admite por los expertos que en todos los casos debe considerarse el tratamiento psicosocial y el tratamiento farmacológico continuado, al menos, durante un año.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgan Z,

- De Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist-Bowman MA, Bemyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacín C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Arbabzadeh-Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESE-MeD/MEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;11(2):55-67.
- Amies PL, Gelder MG, Shaw PM. Social Phobia: a Comparative Clinical Study. *Br J Psychiatry* 1983; 142:174-179.
- Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, Nutt DJ y cols. Consensus Statement on Social Anxiety Disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 1998;59 (Supl. 17): 54-60.
- Bobes J, Badía X, Luque A y cols. Traducción, adaptación y validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale, y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Med Clin* 1999.
- Bobes J, González MP, Saiz PA, Bousoño M. Abordaje actual del trastorno de ansiedad social. Barcelona: Masson, 1999.
- Bobes J, Bousoño M, González MP, Saiz PA. Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en Atención Primaria. Barcelona: Masson, 2001.
- Echeburúa E. Evaluación y tratamiento de la fobia social. Barcelona: Martínez-Roca, 1995.
- Echeburúa E, Salaberría K. Tratamiento psicológico de la fobia social: un análisis crítico. *Psicothema* 1991;3:7-23.
- Giner J, Cervera S, Ortuño F. Manifestaciones clínicas, subtipos y diagnóstico diferencial. En: Cervera S, Roca M, Bobes J. *Fobia Social*. Barcelona: Masson 1998;51-62.
- Haro J, Palacín C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J, Ferrer M, Ramos J, Kessler R, Alonso J. Epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación del proyecto ESE-MeD-España. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31(4):182-91.

En breve...

Los médicos, igual que el resto de la población, sufren toda clase de enfermedades, que han de ser diagnosticadas y tratadas. De éstas, resultan especialmente trascendentes los trastornos mentales y/o adictivos.

Cerca de un 20% de los médicos de Atención Primaria manifiestan un síndrome de *burnout*, como consecuencia sobre todo del estrés laboral y la falta de motivación; en estos casos, la insatisfacción se acompaña de angustia y desinterés por la práctica de la profesión. Al margen del *burnout*, se estima que un 10% de los médicos presentan algún tipo de conducta adictiva o algún grado de trastorno psicológico.

Fuente: SEMERGEN

SEMERGEN ORGANIZA EL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA DEL MÉDICO DE FAMILIA

Más de 400 médicos de familia participarán los días 18 y 19 de octubre en Madrid en el I Congreso Nacional de Evaluación de la Competencia, una iniciativa promovida por la Fundación SEMERGEN y que cuenta con la colaboración de Laboratorios Almirall. Con esta iniciativa, la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista pretende preparar, desde un punto de vista teórico y práctico, a los médicos que se presentarán unas semanas después a la prueba oficial que el Ministerio de Sanidad realizará para otorgar la homologación del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Fuente: SEMERGEN



Agenda

■ Manejo de situaciones conflictivas con adolescentes y jóvenes

San Sebastián, 17 y 18 de octubre de 2003

ORGANIZA:

PSI-Donostia

SEDE: Kirol-Etxea, sala Atano III —Anoeta—

TELÉFONO DE INFORMACIÓN: 943 320297

E-mail: psidonostia@wanadoo.es

■ XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA): la Psicoterapia en nuevos contextos

Las Palmas de Gran Canaria, 24 y 25 de octubre de 2003

Organiza:

SEYPNA

Plaza Noguerola, 7.

25007 Lérida.

Tel.: 973 244 483

■ VII Congreso Nacional de Psiquiatría

Palma de Mallorca, 21-25 de octubre de 2003

ORGANIZA: Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica

SEDES:

AUDITORIUM PALACIO DE CONGRESOS

Paseo Marítimo, 18.

07014 Palma de Mallorca

HOTEL PALAS ATENEA

Paseo Marítimo, 29.

07014 Palma de Mallorca

SECRETARÍA CIENTÍFICA:

Unitat de Psiquiatria i Psicologia Clínica Universitat de les Illes Balears

Carretera de Valldemossa km 7,5.

07071 Palma de Mallorca

Teléfono: 971 173 000, Fax: 971 173 190.

E-mail: palma2003@uib.es

Web: <http://infopsiquiatria.com/palma2003>

■ XXIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Barcelona, 10-13 de diciembre de 2003

SEDE: Palacio de Congresos de Barcelona

Organiza:

SEMFYC CONGRESOS

Carrer del Pi, 11 - 2.ª planta - oficina 13.

08022 Barcelona

Tel.: 933 177 129.

Fax: 933 186 902.

E-mail: congresos@semfyc.es

URL: <http://www.semfyc.es>