

TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (FOBIA SOCIAL) (SOCIAL ANXIETY DISORDER- SOCIAL PHOBIA)

* Yerlin Elizondo Arias

RESUMEN

Se describe como miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Entre los factores etiológicos están temperamentales, ambientales, genéticos, neuroquímicos. El diagnóstico se basa sobre los criterios diagnósticos DSM-V. Se consideran los ISRS como tratamiento de elección, en casos que se necesite adyuvancia se pueden usar benzodicepinas, alprazolam y clonazepam.

DESCRIPTORES

Miedo, ansiedad, situaciones sociales, ISRS, DSM – V, benzodicepinas

SUMMARY

It is described as intense fear or anxiety in one or more social situations where the individual is exposed to possible scrutiny by others. Among the etiological factors they are temperamental, environmental, genetic, neurochemical. The diagnosis is based on diagnostic criteria DSM-V. SSRIs are considered the treatment of choice in cases adjuvant needed may be used benzodiazepines, alprazolam and clonazepam

KEYWORDS

Fear, anxiety, social situations, SSRIs, DSM - V, benzodiazepines

*Médico General.
Universidad de Ciencias
Médicas (UCIMED)
San José- Costa Rica

DEFINICION

La característica esencial es el intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado por los demás. El individuo teme ser evaluado negativamente, teme ser juzgado como ansioso o débil. Esa condición le genera problemas o malestar principalmente el ámbito social y profesional, ya que puede ser tan fuerte que impidan a la persona asistir al trabajo, la escuela o realizar sus actividades diarias.

EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia estimada anual es 7% para Estados Unidos, sin embargo, es mucho menor en otras partes del mundo, en las que varía entre 0.5-2%. La tasa de prevalencia disminuye con la edad, sin embargo, es un poco mayor en adultos mayores en los va del 2 al 5%.

Es más frecuente en mujeres que en varones, sin embargo, en población clínica o que busca valoración las cifras son similares entre géneros o más alta en varones, esto se puede explicar por las funciones de género, expectativas sociales y profesionales de los varones. Las mujeres con el trastorno refieren un mayor número de miedos sociales y trastornos depresivos,

bipolares y de ansiedad, mientras que varones son más propensos a temer a las citas, a tener un trastorno oposicionista desafiante o un trastorno de conducta, así como uso de alcohol y drogas para aliviar los síntomas del trastorno.

FACTORES ETIOLOGICOS

Temperamentales: Inhibición del comportamiento y miedo a la evaluación negativa.

Ambientales: El maltrato infantil y la adversidad psicosocial temprana son factores de riesgo para el trastorno de ansiedad social.

Genéticos: La inhibición conductual está altamente influenciada genéticamente. Los familiares de primer grado tienen de dos a seis veces más posibilidades de tener trastorno de ansiedad social.

Neuroquímicos: Estudios sugieren que pacientes con fobias de actuación pueden liberar más noradrenalina o adrenalina, tanto central como periféricamente, en comparación con individuos no fóbicos, o bien estos pacientes son sensibles a un nivel normal de estimulación adrenérgica. Al observar que los IMAO pueden ser más efectivos que los tricíclicos en tratamiento de fobia social generalizada, se postula que la actividad dopaminérgica se relaciona con la patogenia del trastorno.

EVOLUCION Y PRONOSTICO

La edad media de inicio es 13 años, con un rango que va de los 8 a los 15 años. El trastorno a veces emerge a partir de una historia de inhibición social o de timidez en la infancia. Puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante, o puede surgir de forma lenta o insidiosa. Una primera aparición en la edad adulta es

relativamente rara y es más probable que ocurra después de un evento estresante o humillante, o después de cambios vitales que requieren nuevos roles sociales. Con tratamiento el 30% presenta remisión en un año, 50% presenta remisión en unos años. Para el 60% de los que no reciben tratamiento específico, el curso será de varios años o más.

Criterios diagnósticos – DSM-V

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

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

- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

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

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

- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden explicar mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.
- J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con ésta o ser excesivos.

Especificar si:

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

Los individuos con trastorno de ansiedad social sólo de actuación tienen miedos de actuación que son típicamente más incapacitantes en su vida profesional (p. ej., músicos, bailarines, artistas, deportistas) o en las situaciones que requieren hablar en público de forma habitual. También pueden manifestarse en el trabajo, la escuela o el ámbito académico en el que se requieren presentaciones públicas regulares.

No temen ni evitan las situaciones sociales sin actuación.

Características asociadas: estos individuos pueden ser muy asertivos o excesivamente sumisos, o, con menor frecuencia, ejercen un gran control sobre las conversaciones. Generalmente tienen posturas corporales excesivamente rígidas o contacto ocular inadecuado, o hablan con voz demasiado baja. Pueden ser tímidos, retraídos y poco abiertos, ya que buscan pasar desapercibidos. Tratan de buscar empleos que no requieran contacto social (excepto los de "sólo actuación"), permanecer más tiempo viviendo en la casa familiar, demorar en casarse y crear una familia. Es común la automedicación con sustancias.

Los pacientes con fobia social, experimentan síntomas adrenérgicos, tales como rubor facial, sudoración, taquicardia, entre otros cuando están en un episodio agudo.

COMPLICACIONES

Este trastorno tiene importantes repercusiones principalmente a nivel social, laboral financiero, ya que se asocia con tasas elevadas de abandono escolar, del empleo, baja productividad laboral y la calidad de vida. También se relaciona con estar solo, soltero o divorciado y con no tener hijos sobre todo en los varones. También impide las actividades de ocio. A pesar de la angustia y el deterioro asociados a este trastorno, en las sociedades occidentales la mitad de los individuos con este trastorno nunca busca tratamiento y tienden a hacerlo sólo después de 15-20 años de experimentar síntomas. No tener empleo es un factor que predice claramente la persistencia del trastorno de ansiedad social.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Timidez normal – rasgo común de personalidad y no es patológico en sí mismo. Se debe considerar el diagnóstico sólo si existe un impacto negativo considerable en las áreas sociales, laborales y en otras áreas importantes del funcionamiento y si se cumplieran todos los criterios diagnósticos.

Agorafobia – personas con agorafobia pueden temer y evitar situaciones sociales cuando perciben que podría ser difícil escaparse o contar con ayuda en caso de presentar síntomas similares al pánico o de sentirse incapacitados, mientras que individuos con trastorno de ansiedad social muestran mayor temor a evaluaciones negativas de los demás y estos pueden mantener mejor la calma si se les deja solos, contrario a individuos con agorafobia.

Trastorno de pánico – personas con trastorno de ansiedad social pueden tener crisis de pánico, pero su miedo es principalmente a la evaluación negativa de los demás, mientras que en el trastorno de pánico la preocupación se centra en la crisis de pánico en sí misma.

Trastorno de ansiedad generalizada – preocupaciones sociales son comunes en el trastorno de ansiedad generalizada, pero la atención se centra más en la naturaleza de las relaciones existentes en lugar de en el miedo a la evaluación negativa. En el trastorno de ansiedad social las preocupaciones se centran en el desempeño social y en la evaluación por parte de los demás.

Trastorno de ansiedad por separación – pueden evitar situaciones sociales porque les preocupa la separación de las figuras de apego, pero están cómodos en situaciones sociales cuando están en casa o cuando las figuras de apego están presentes. Mientras

que individuos con ansiedad social pueden sentirse incómodos en su casa o ante la presencia de figuras de apego.

Fobias específicas – pueden temer a vergüenza o humillación de acuerdo a su fobia, pero generalmente no muestran temor a la evaluación negativa en otras situaciones sociales.

Mutismo selectivo – pueden no hablar por miedo a evaluación negativa pero no sienten temor a dicha evaluación en situaciones sociales donde no se requiere hablar.

Trastorno depresivo mayor – temen evaluación negativa por sentirse malos o no dignos de ser queridos, pero en la ansiedad social el temor es a evaluación negativa por ciertos comportamientos sociales o síntomas físicos.

Trastorno dismórfico corporal – si miedos sociales y evitación son por creencias sobre apariencia entonces no se justifica un diagnóstico independiente de ansiedad social.

Trastorno delirante – pueden tener ideas delirantes o alucinaciones sobre rechazo u ofender a los demás, pero individuos con ansiedad social están bastante conscientes de que sus creencias son desproporcionadas respecto a la situación social.

Trastorno del espectro autista – la ansiedad social y déficit de comunicación son características del espectro autista, sin embargo el individuo con ansiedad social puede tener relaciones sociales apropiadas para la edad y suficiente capacidad de comunicación social, a pesar de que parezca lo contrario cuando interactúan con desconocidos.

Trastornos de la personalidad – el que más se superpone es el trastorno de personalidad evitativa, quienes lo padecen tienen un patrón de evitación más amplio

que personas con ansiedad social. Pero pueden presentar comorbilidad estos dos.

Otros trastornos mentales – miedo social y malestar social se presentan en esquizofrenia pero hay evidencia también de síntomas psicóticos, en trastornos de alimentación se debe determinar si miedo a evaluación negativa se debe a síntomas como purgas y vómitos o no ya que esa no puede ser la única fuente de ansiedad social, además el TOC puede presentar un diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad social sólo si miedos sociales y evitación son independientes de los focos de obsesiones y compulsiones.

Otras condiciones médicas – cuando miedo a evaluación negativa por síntomas de afecciones médica es excesivo, se considera TAS.

Trastorno opositor desafiante – negativa a hablar debido a una oposición hacia las figuras de autoridad debe diferenciarse de la incapacidad para hablar por temor a una evaluación negativa.

COMORBILIDAD

Coexiste con otros trastornos de ansiedad, trastorno depresivo mayor, trastornos por consumo de sustancias. En general precede a otros trastornos excepto a fobia específica y ansiedad por separación.

El aislamiento social crónico puede provocar depresión (alta comorbilidad en adultos mayores).

Las sustancias psicoactivas se pueden usar como automedicación y desencadenar un trastorno por uso de sustancias También puede ser comórbido con trastorno dismórfico corporal, trastorno bipolar y trastorno de personalidad evitativa en individuos con ansiedad social que no es sólo por actuación.

En niños es frecuente la comorbilidad con el autismo de alto funcionamiento y el mutismo selectivo.

Tratamiento farmacológico – los fármacos efectivos para el tratamiento de la fobia social son: los ISRS, los benzodicepinas, la venlafaxina y la bupiriona. Se consideran los ISRS como tratamiento de elección, en casos que se necesite adyuvancia se pueden usar benzodicepinas como alprazolam y clonazepam.

En casos graves hubo éxito en tratamiento con IMAO irreversibles como fenelzina e IMAO reversibles como moclobemida y la brofaromina.

Para fobia social por actuación se emplean con frecuencia atenolol o un benzodicepina de acción relativamente corta o intermedia como lorazepam o alprazolam para tomarla antes de la exposición al estímulo o situación fóbica.

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

Gabapentina puede ser eficaz para el tratamiento de la fobia social generalizada y no causa dependencia física como los benzodicepinas

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychistry Behavioral Science/Clinical Psychiatry, tenth edition, Lippincott Williams & Wilkins, PA, 2009

Recepción: 02 Marzo de 2016

Aprobación:14 Marzo de 2016