

La farmacoterapia del trastorno de ansiedad social

Dr. Jeffrey E. Kelsey

RESUMEN

Debido al gran número de manifestaciones y a la comorbilidad que a menudo se observa con el trastorno de ansiedad social (TAS), el especialista médico se puede preguntar "¿Cuál es la farmacoterapia correcta?" Este artículo estudia las opciones disponibles y analiza los beneficios y las desventajas de varios enfoques.

El TAS es una enfermedad común y potencialmente discapacitante que es muy tratable. Un diagnóstico correcto junto con la elección del tratamiento adecuado y/o terapia conductual cognoscitiva aumentan las probabilidades de obtener resultados positivos. Los tipos de farmacoterapias que son efectivas en el TAS generalizado incluyen antidepresivos, benzodiacepinas y anticonvulsivos. A menudo, los antidepresivos son tratamientos de primera línea para el TAS debido a su fácil uso, a su aceptabilidad y a los altos índices de trastorno depresivo mayor comórbido. Entre los antidepresivos disponibles, sólo la paroxetina está indicada para el TAS, pero un gran número de pruebas también han demostrado la efectividad de otros agentes. El curso de mejoría que se ha observado con la farmacoterapia a menudo sigue un patrón de disminución de síntomas seguido por cambios en las conductas que conducen a resultados positivos.

A farmacoterapia para o transtorno de ansiedade social

RESUMO

Dada a ampla variedade de apresentações e a comorbidade normalmente verificada no transtorno de ansiedade social (TAS), o clínico pode perguntar-se, "¿Qual é a escolha acertada para a terapia farmacológica?" Este artigo faz uma revisão das opções existentes, discutindo os benefícios e desvantagens das diversas modalidades.

O TAS é uma doença comum e potencialmente incapacitante, que tem grande possibilidade de ser tratada. O diagnóstico preciso, acompanhado pela seleção dos medicamentos adequados para o tratamento e/ou da terapia cognitivo-comportamental garante a maior possibilidade de atingir sucesso no resultado final. As classes de fármacos eficazes para o TAS generalizado são antidepressivos, benzodiazepínicos e anticonvulsivantes. Os antidepressivos normalmente são a opção de primeira linha para o tratamento do TAS, devido à facilidade de uso, à tolerabilidade e aos altos índices de incidência de transtorno depressivo maior comórbido. Entre os antidepressivos existentes, só a paroxetina é indicada para o TAS, mas numerosas experiências com outros agentes também demonstraram eficácia. O curso da melhora verificado com a farmacoterapia geralmente segue o padrão de redução dos sintomas seguida por alterações no comportamento que se transformam em conseqüências positivas.

The pharmacotherapy of social anxiety disorder

ABSTRACT

Given the wide range of presentations and the comorbidity often seen with social anxiety disorder (SAD), the practitioner may find him or herself asking, "What is the correct choice for pharmacotherapy?" This article reviews the available options, discussing the benefits and disadvantages of various approaches.

SAD is a common and potentially disabling disease that is very treatable. Accurate diagnosis accompanied by appropriate treatment selection of medications and/or cognitive behavioral therapy ensures the best chance for a successful outcome. Classes of pharmacotherapies that are effective in generalized SAD include antidepressants, benzodiazepines, and anticonvulsants. Antidepressants are often a first-line treatment selection for SAD due to ease of use, tolerability, and high rates of comorbid major depressive disorder. Among the available antidepressants, only paroxetine has an indication for SAD, but numerous trials of other agents have demonstrated efficacy as well. The course of improvement observed with pharmacotherapy often follows the pattern of decreased symptoms followed by changes in behaviors that accrue positive consequences.

Introducción

El trastorno de ansiedad social (TAS), al que previamente nos referimos como fobia social, está entre los trastornos de ansiedad más comunes,¹ sin embargo, el desarrollo de farmacoterapias para el TAS ha quedado rezagado con respecto al de otros trastornos de ansiedad. Actualmente,

sólo la proxetina ha sido aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) (Dirección de Alimentos y Medicamentos) para su comercialización como un tratamiento efectivo para el TAS. En contraste, tres medicamentos han sido aprobados para el trastorno de pánico (alprazolam, proxetina y sertralina), y cinco se indican

para el trastorno obsesivo-compulsivo (clomipramina, fluoxetina, fluvoxamina, proxetina y sertralina). A pesar de esta desproporción, existen tratamientos efectivos para el TAS, incluyendo la psicoterapia y la farmacoterapia. Y este artículo se centra, precisamente, en el enfoque farmacoterapéutico para el tratamiento del TAS. No se invali-

El Dr. Kelsey es profesor asistente de psiquiatría y director del Programa de Pruebas Clínicas de Trastornos de Ansiedad y del Estado de Ánimo en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta en la Escuela de Medicina de la Universidad Emory en Atlanta, GA.

El autor reporta apoyo para la investigación de Laboratorios Abbott, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Merck, Mitsubishi, Organon, Pfizer, Pharmacia-Upjohn, SmithKline Beecham, Solvay, y Wyeth-Ayerst. El Dr. Kelsey es miembro de asesores para los Laboratorios Abbot, Bristol-Myers Squibb, Forest, Parke-Davis, Pharmacia-Upjohn, SmithKline Beecham, Solvay, y Wyeth Ayerst.

dará en ningún momento la utilidad de la psicoterapia; de hecho, la terapia conductual cognoscitiva (TCC) es una modalidad de tratamiento muy eficaz que se puede proporcionar en forma individual o grupal.² El interés en el tratamiento farmacoterapéutico constituye un límite artificial para los propósitos de este análisis y la combinación de tratamientos medicamentosos y la psicoterapia conductual cognoscitiva sólo se estudiará en forma sucinta.

Etiología

Antes de comenzar con el tratamiento farmacoterapéutico es necesario establecer un diagnóstico. La esencia del TAS es un miedo al ridículo que resulta de la percepción de que uno está siendo juzgado u observado por otros.³ La exposición a los estímulos fóbicos produce ansiedad, y las situaciones que producen ansiedad se sobrellevan con angustia o se evitan. La ansiedad no se debe relacionar con otro trastorno psiquiátrico o médico. El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Estadístico y de Diagnóstico de Trastornos Mentales)*, Cuarta Edición, divide el TAS en dos tipos: específico y generalizado.³ El trastorno de ansiedad específico es el miedo a un tipo de situación en particular; con mayor frecuencia el hablar en público. En contraste, el individuo que padece TAS generalizado exhibe ansiedad como respuesta a eventos diferentes. De hecho, puede constituir todo un reto distinguir el TAS específico que es hablar en público de lo que la mayoría de las personas experimentan como aprehensión al hablar frente a otros. Una forma de diferenciar entre los dos es cuestionar al paciente sobre la angustia o el quebranto que están presentes con el miedo. El individuo que no padece TAS y que ha tenido que hacer una presentación en público a menudo describirá ansiedad anticipatoria antes del evento, la presencia de ansiedad al inicio y una marcada disminución de ésta a medida que la presentación progresa. Finalmente, cuando el TAS no está presente, muchas personas desearían volver a hacer la presentación. Sin embargo, la persona con TAS experimenta ansiedad anticipatoria que aumenta a lo largo de la presentación y no deseará repetir la experiencia. El diagnóstico del TAS generalizado requiere un cuestion-

amiento sensible e inteligente sobre las situaciones que podrían poner ansiosa a una persona, tales como conocer gente, participar en grupos, escribir o trabajar frente a otros, comer o beber en público o tratar con figuras de autoridad.

Opciones farmacoterapéuticas para el TAS

Una vez que el diagnóstico se ha determinado y que se ha decidido usar farmacoterapia, existen varias opciones de medicamentos. Entre los tipos de medicamentos que se cree que son efectivos para el tratamiento del TAS están los antidepresivos, las benzodiazepinas, y los anticonvulsivos. Los bloqueadores β , como el propanolol y el atenolol, pueden ser útiles para el TAS específico pero son menos efectivos en el tratamiento del TAS generalizado. Un estudio abierto con atenolol encontró que era efectivo para el tratamiento del TAS.⁴ Otros estudios^{5,6} no han logrado demostrar la efectividad del atenolol para el TAS en pruebas controladas por placebo. Cuando los bloqueadores beta se utilizan para el TAS específico, se administran dosis de 10–40 mg de propanolol o 50–100 mg de atenolol 60–90 minutos antes del evento que genere ansiedad. Estos agentes son más útiles para disminuir la descarga simpatomimética que resulta en palpitaciones, taquicardia, sudoración, o boca seca. Estos agentes son menos efectivos en el TAS generalizado y no tratan las comorbilidades que se observan con el TAS. Antes de utilizar bloqueadores β para un evento que genere ansiedad, la estrategia prudente es que el paciente tome una dosis de prueba en la tranquilidad de su hogar para descubrir si el o ella tiene tendencia a la hipotensión inducida por el bloqueador β o a un evento sincopal. Los bloqueadores β no deben utilizarse en pacientes con asma o enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, y se deben recetar con cautela si se trata de pacientes con diabetes mellitus.

El uso de antidepresivos como tratamiento para el TAS está respaldado por una larga historia, y por mucho tiempo los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) fueron considerados el tratamiento estándar. Los IMAO siguen siendo efectivos para el tratamiento del TAS y, aunque tres están disponibles en los Estados

Unidos (fenelzina, tranilcipromina e isocarboxácida), la mayoría de los estudios sobre los IMAO han analizado el uso terapéutico de la fenelzina. Todos los IMAO que se utilizan en la psiquiatría en los Estados Unidos son inhibidores irreversibles de la enzima de la monoaminoxidasa. Por lo tanto, se deben evitar los alimentos fermentados o caducos que contengan tiramina, descongestionantes, epinefrina (en trabajos dentales o cirugía menor); y medicamentos como la meperidina, dextrometorfan y los inhibidores de la recaptura de la serotonina. Cuando los alimentos que contienen tiramina y los descongestionantes, se combinan con los IMAO pueden causar hipertensión, la cual puede resultar en un accidente cerebrovascular o un infarto al miocardio. Si la epinefrina de un trabajo dental o una sutura se combina con lidocaína o novocaína, puede producir necrosis del tejido debido a que la epinefrina se metaboliza muy lentamente. La meperidina, el dextrometorfan, y los inhibidores de la recaptura de la serotonina pueden producir un síndrome de serotonina cuando se administran junto con los IMAO, lo cual puede progresar hasta una consecuencia fatal. En contraste, los IMAO reversibles como la moclobemida y la brofaromina no desactivan la enzima permanentemente, por lo tanto no es necesario tomar en cuenta las restricciones dietéticas que se mencionaron previamente. Cuando los pacientes cambian a los IMAO, que son medicamentos seguros cuando la selección de pacientes es correcta, un enfoque pertinente es que los pacientes cumplan con las restricciones médicas y dietéticas al tiempo que el medicamento previo se reduce sistemáticamente. En general, los IMAO no son medicamentos de primera línea en este punto, así que el paciente a menudo está descontinuada una prueba fallida de otro fármaco. Si un paciente no puede cumplir con las restricciones durante el periodo de eliminación se debe considerar peligroso el uso de la terapia con IMAO. La dosis de la fenelzina comienza con 15 mg por día y se incrementa 15 mg cada semana hasta llegar a una dosis diaria de 45–60 mg. Algunos pacientes necesitarán dosis más altas. La fenelzina puede administrarse como una sola dosis (por lo general al momento de acostarse) o dividirse a lo largo del día en dosis

espaciadas. Aunque la vida media del fármaco no es larga, la inhibición de la enzima dura alrededor de 3 semanas, así que cualquier medicamento que inhiba la recaptura de la serotonina no se debe administrar hasta al menos tres semanas después de la última dosis del IMAO. Un enfoque similar se utiliza para la tranilcipromina, con una dosis inicial de 10 mg al día y que puede llegar a 30–40 mg al día. Se ha demostrado la eficacia de los IMAO en el tratamiento del TAS en los casos de la fenelzina,⁶ la tranilcipromina,⁷ la moclobemida,⁸ y la brofaromina.⁹

Otro tipo de antidepresivos que se introdujo en la misma época que los IMAO son los antidepresivos tricíclicos (ATC). Han habido reportes abiertos sobre la eficacia de la imipramina y la clomipramina para el tratamiento del TAS. El único estudio controlado por placebo de los ATC para el TAS fue de imipramina, y sus resultados fueron negativos. Simpson y col.¹⁰ compararon la imipramina con el placebo en una prueba de ocho semanas y encontraron que el ATC no era más efectivo que el tratamiento con placebo para el TAS. Es posible que la clomipramina sea efectiva porque es el antidepresivo tricíclico más serotoninérgico y tiene un perfil diferente de inhibición de la recaptura que la imipramina.

Las benzodiacepinas se han utilizado para tratar los trastornos de ansiedad, y se ha demostrado que el

clonazepam es efectivo para el TAS. Davidson y col.¹¹ encontraron en una prueba doble-ciego, controlada por placebo de 10 semanas, que el clonazepam (dosis promedio de 2.4 mg al día) produjo resultados de “extraordinaria mejoría” o “gran mejoría” en el 78% de los sujetos comparado con el 20% de aquellos que recibieron el placebo. Otros reportes han sugerido la efectividad del clonazepam,¹² así como del alprazolam.¹³ Aunque existen distintos enfoques en cuanto a la dosificación con clonazepam, la preferencia de este autor es comenzar con 0.25 mg dos veces al día. Se debe partir la pastilla en 2, lo cual no representa ningún problema para los pacientes. Después de 3–4 días, la dosis se incrementa a 0.5 mg, dos veces al día. Esto minimiza la sedación que se puede apreciar al inicio del tratamiento. La dosis promedio de clonazepam fue de 2.4 mg al día en el estudio Davidson, pero clínicamente muchos pacientes responderán bien a una dosis de 1.0–1.5 mg diarios.

Como sucede con cualquier clase de medicamentos, el uso de las benzodiacepinas para el tratamiento del TAS debe estar acompañado de una evaluación de los beneficios y las desventajas. Las benzodiacepinas tienen la ventaja de empezar a actuar relativamente rápido, generalmente son bien aceptadas después de que el paciente se adapta a la sedación, y son un tratamiento efectivo para trastornos de ansiedad comórbidos que son comunes en la población con TAS.¹⁴ Las desventajas del uso de las benzodiacepinas incluyen el desarrollo de dependencia fisiológica, la falta de efectividad en trastornos depresivos mayores comórbidos, y la necesidad de estar alerta en cuanto a un posible abuso de sustancias, especialmente abuso de alcohol, que ocurre en casi el 19% de los individuos con TAS.¹⁴ El uso de benzodiacepinas sintomatológicas o “cuando sea necesario,” es materia de gran controversia. Por una parte, las benzodiacepinas empiezan a actuar rápido y, a diferencia de los antidepresivos, disminuirán la ansiedad si se usan en forma intermitente. Por otra parte, puede existir preocupación en cuanto al hecho de administrar un medicamento que en ausencia de una dosis regular puede producir sedación o un aletargamiento cognoscitivo en el momento más inoportuno.

Se ha sugerido que la buspirona es efectiva para el TAS con base en un número de pruebas y estudios abiertos.¹⁵ Dos pruebas de buspirona controladas por placebo para el tratamiento del TAS han sido pruebas negativas porque el tratamiento con buspirona no fue más efectivo que el tratamiento con placebo.^{16,17} Sin embargo, una variable confusora en uno de los estudios es que la dosis promedio de buspirona utilizada en una prueba controlada por placebo fue de 32 mg al día comparada con una dosis promedio de 57 mg diarios en pacientes que respondieron a la buspirona, y una dosis promedio de 37 mg diarios en aquellos que no tuvieron esa respuesta. En un estudio estudio abierto, se reportó que la buspirona es efectiva como una estrategia de aumento a los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS).¹⁸

La introducción de los ISRS ha logrado que el tratamiento del TAS sea más sencillo y seguro. Se ha reportado que todos los ISRS son efectivos en el TAS; las diferencias son en cuanto a efectos colaterales, interacción fármaco-fármaco, y la mayor parte de la evidencia. Las pruebas doble-ciego controladas por placebo han demostrado la efectividad de la fluvoxamina, la paroxetina, y la sertralina en el TAS. Algunos reportes estudio abierto han sugerido que la fluoxetina y el citalopram también son efectivos. Como se mencionó anteriormente, la paroxetina es el único medicamento que está aprobado por la FDA para su uso en el tratamiento del TAS.

Series de estudios abiertos han sugerido la efectividad de la fluoxetina en dosis promedio que varían de 26–54 mg diarios en el tratamiento del TAS.^{19,20} Clínicamente, la dosificación con fluoxetina comienza con 10–20 mg diarios. Cuando se inicia en 10 mg diarios, la mayoría de los médicos clínicos incrementarán a 20 mg después de una semana de tratamiento. Se demostró una mejoría en un estudio abierto prueba de 12 semanas de tratamiento del TAS con citalopram. Las dosis para los 22 pacientes sometidos a estudio fueron 20 mg al día durante la semana 1 y 2, después aumentó a 40 mg diarios.²¹ Este programa de dosificación se parece a lo que se utiliza clínicamente, aunque muchos médicos clínicos incrementarán la dosis a 40 mg diarios después

Tabla
Resumen de farmacoterapias para el
Trastorno de Ansiedad Social (TAS)

Medicamento	Evidencia
Benzodiacepinas	
Alprazolam	++
Clonazepam	+++
Antidepresivos	
ATCs	
IMAO	+++
ISRSs	
Citalopram	++
Fluvoxamina	+++
Fluoxetina	++
Paroxetina	++++
Sertralina	+++
SNRIs	
Venlafaxina	++
Bloqueadores β	
Buspirona	++
Gabapentina	+++

TCA=antidepresivo tricíclico; IMAO=inhibidor de la monoaminoxidasa; SSRI=inhibidor de la recaptura de la serotonina; SNRI=inhibidor de la recaptura de la norepinefrina; +=reportes de casos; ++=pruebas abiertas, +++=pruebas controladas por placebo; ++++=aprobado por la FDA para el tratamiento del TAS.

Para mayor información consultar el texto.

Kelsey JE. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 1. Num 1. 2001

de una semana. Se deben llevar a cabo más estudios con el fin de establecer los requerimientos de dosificación del citalopram en el tratamiento del TAS.

Van Ameringen y col.²² compararon el tratamiento del TAS con sertralina o placebo en una prueba de 20 semanas y demostraron la superioridad del ISRS. Otro estudio que examinó la efectividad de la sertralina en el TAS utilizó un estudio cruzado doble-ciego en el que los pacientes recibieron sertralina en dosis de 50-200 mg diarios durante 10 semanas, o placebo durante 10 semanas. Se observó una importante mejoría en la Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) (Escala de Ansiedad Social de Liebowitz) después del tratamiento con sertralina, pero no con el placebo.²³ La sertralina se administra a menudo en dosis de 25 mg diarios durante 4 días, después aumenta a 50 mg diarios durante cinco días (utilizando paquetes de muestra), seguido por una prescripción de 100 mg diarios.

Se ha demostrado que la fluvoxamina es superior al placebo en el tratamiento del TAS en dos estudios controlados por placebo. En el primero de los dos estudios,²⁴ 30 pacientes con TAS recibieron, en forma aleatoria, tratamiento con fluvoxamina o placebo. Después de 12 semanas de tratamiento, se observó una mejoría en seven pacientes (46%) que recibían fluvoxamina en dosis de 150 mg diarios con un paciente (7%) que mostró mejoría con el tratamiento de placebo. En un estudio doble-ciego controlado por placebo de 12 semanas en el que participaron múltiples centros, el tratamiento del TAS con fluvoxamina resultó en una calificación Clinical Global Improvement (Mejoría Clínica Total) de "extraordinaria mejoría" o "gran mejoría" en el 42.9% de los sujetos que recibieron fluvoxamina comparado con el 22.7% de aquéllos en el grupo tratados con el placebo. En este estudio,²⁵ el 91.3% de los sujetos tenía TAS generalizado. La dosis promedio diaria de fluvoxamina fue de 202 mg diarios.

Se ha demostrado en una serie de estudios que la paroxetina es eficaz en el tratamiento del TAS.²⁶⁻³¹ En uno de los primeros reportes sobre la efectividad de la paroxetina en el tratamiento del TAS, Stein y col.²⁶ trataron a 36 pacientes con TAS usando paroxetina hasta en dosis promedio de 47.9±6.2

mg diarios durante 11 semanas. Treinta pacientes completaron las 11 semanas, y de éstos, 23 (77%) mostraron una "extraordinaria mejoría" o "gran mejoría," y una disminución en la LSAS de 75.1±25.4 en línea basal hasta 37.2±32.5 para la semana 11. A dieciséis pacientes que habían respondido al tratamiento se les indicó aleatoriamente continuar con el uso de la paroxetina o, después del periodo de disminución de síntomas, recibir un placebo. Sólo uno de ocho pacientes que seguían recibiendo paroxetina recayeron, comparado con cinco de ocho que recibieron placebo. Mancini y Ameringen²⁷ reportaron que el tratamiento abierto con paroxetina fue efectivo en 15 de 18 sujetos con TAS en una prueba de 12 semanas. Tres estudios, uno de ellos empleó una estrategia de dosificación flexible de 20-50 mg diarios,²⁹⁻³¹ demostraron la superioridad de la paroxetina sobre el placebo en el tratamiento del TAS. Las comparaciones establecidas entre regímenes de dosis flexibles y dosis fijas sugieren que 20 mg de paroxetina al día es una dosis efectiva. Los pacientes que no respondieron a los 20 mg diarios deben ser considerados candidatos para una dosis mayor. La dosis inicial de la paroxetina es usualmente de 10-20 mg al día.

Se ha encontrado que otros antidepresivos también son efectivos en el tratamiento del TAS, aunque los estudios son en su mayoría estudios abiertos o reportes de casos. Se ha sugerido que la venlafaxina es efectiva en el tratamiento del TAS. En una serie de casos, Kelsey³² encontró que la venlafaxina produjo mejoría en los síntomas del TAS en ocho de nueve pacientes, en quienes la mayoría había fracasado el tratamiento con un ISRS. La dosis promedio de venlafaxina fue de 146.5 mg diarios. Un segundo

reporte³³ también ha sugerido la efectividad de la venlafaxina en pacientes que no habían respondido a un ISRS.

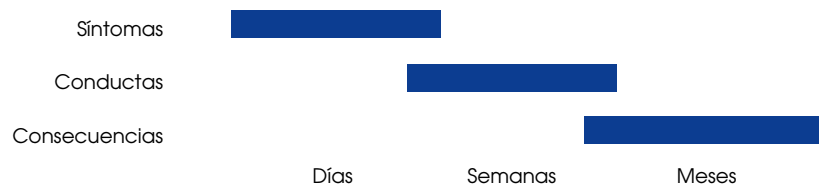
Se ha reportado que la nefazodona es eficaz en el tratamiento del TAS. Van Ameringen y col.³⁴ y Kelsey y col.³⁵ han reportado estudios abiertos de la nefazodona en el TAS. Ambos estudios encontraron que la nefazodona es un tratamiento efectivo y bien aceptado. En el reporte Kelsey,³⁵ la dosis promedio de nefazodona fue de 450±31.6 mg al día. Es necesario llevar a cabo pruebas aleatorizadas controladas por placebo con el fin de determinar el posicionamiento de la venlafaxina y la nefazodona como tratamientos.

También se ha demostrado que la gabapentina, que se comercializa como anticonvulsivo, es efectiva en el TAS. Pande y colegas³⁶ reportaron una prueba aleatorizada controlada por placebo de 69 pacientes con TAS quienes recibieron gabapentina en dosis de 900-3,600 mg diarios o placebo. En la conclusión de este estudio de 14 semanas, el tratamiento con la gabapentina estuvo asociado con una disminución de 27.3 puntos en la LSAS comparado con una disminución de 11.9 puntos ($P<0.01$) observada en sujetos que recibieron el placebo.

Consideraciones para iniciar la farmacoterapia

Volviendo al inicio de la discusión, establecer el diagnóstico es el primer paso para iniciar el tratamiento. Los pacientes que sufren TAS específico, particularmente en el contexto de ansiedad de actuación intermitente, son buenos candidatos para los bloqueadores β . Después de unas cuantas pruebas, si estas medidas o son efectivas, y se han realizado ejercicios de relajación para disminuir la ansiedad, se han desarrollado habilidades para hablar en público y se ha dejado de

Figura
Típico curso de cambio en el Trastorno de Ansiedad Social (TAS)



Nota: Al inicio, la mejoría en los síntomas se observa en un período que comprende de días a semanas. Después, las conductas empiezan a cambiar, y se pueden observar entonces los resultados positivos de los cambios conductuales. Cuando los pacientes con TAS experimentan una disminución de los síntomas, pero esta disminución no está acompañada de cambios conductuales, se requiere una intervención conductual.
Kelsey JE. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 1, Num 1, 2001.

consumir cafeína antes de hablar en público, entonces, es tiempo de intentar otro tipo de medicamento. En general, se debe evitar el uso de las benzodiazepinas "cuando sea necesario" en este grupo por razones que se detallaron anteriormente. La efectividad de los antidepresivos para el TAS específico todavía no es clara.

Se deben tomar en cuenta una serie de consideraciones sobre el tratamiento si se trata de un paciente con TAS generalizado. La presencia de abuso de sustancias es a menudo una contraindicación al uso de las benzodiazepinas. Dado el alto índice de trastorno depresivo mayor comórbido, se deben tener en cuenta consideraciones cuidadosas para elegir el antidepresivo correcto para el tratamiento. Cuando no está presente un trastorno mayor depresivo, varios antidepresivos son efectivos en el tratamiento. Las dosis iniciales se administran como el 50% de la dosis recomendada en las indicaciones de la caja y después se aumentan. Remítase a la tabla para consultar muchos de los tratamientos disponibles para el TAS.

Un patrón típico de respuesta se muestra en la figura adjunta. La mejoría inicial se muestra en síntomas a lo largo de los días y las semanas. Los cambios en la conducta ocurren en un periodo que va de semanas a meses. Se debe alentar a los pacientes a que realicen actividades que inducen ansiedad a medida que los síntomas disminuyen. La clave del éxito en este tratamiento es comenzar con situaciones que generen poca ansiedad y trabajar hacia actividades que induzcan más ansiedad. La terapia de exposición es bastante útil para comenzar a revertir las conductas de evitación en el TAS. Los resultados positivos a partir del cambio en las conductas suceden de unos meses en adelante. Éstos incluyen promociones laborales, mayor actividad social o un mejor desempeño en la escuela.

Conclusiones

El TAS es un trastorno común y crónico con una capacidad de producir niveles significativos de angustia y quebranto. A pesar de esto, existen un gran número de tratamientos efectivos y el TAS es bastante tratable. El uso de antidepresivos es un enfoque farmacoterapéutico de primera línea para la mayoría de los pacientes, espe-

cialmente en presencia de trastorno depresivo mayor comórbido. Otras clases de medicamentos también desempeñan un papel importante. Independientemente de la elección de la farmacoterapia, la terapia de exposición puede ser necesaria para optimizar el tratamiento. **PSI**

Referencias

- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
- Liebowitz MR, Heimberg RG, Schneier FR, et al. Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: long-term outcome. *Depression Anxiety*. 1999;10:89-98.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Gorman JM, Liebowitz MR, Fyer AJ, Campeas R, Klein DF. Treatment of social phobia with atenolol. *J Clin Psychopharmacol*. 1985;5:298-301.
- Turner SM, Beidel DC, Jacob RG. Social phobia: a comparison of behavior therapy and atenolol. *J Consult Clin Psychology*. 1994;62:350-358.
- Liebowitz MR, Schneier F, Campeas R, et al: Phenelzine vs atenolol in social phobia: a placebo-controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:290-300.
- Versiani M, Mundim FD, Nardi AE, Liebowitz MR. Tranylcypromine in social phobia. *J Clin Psychopharmacol*. 1988;8:279-283.
- Versiani M, Nardi AE, Mundim FD, Alves AB, Liebowitz MR, Amrein R. Pharmacotherapy of social phobia: a controlled study with moclobemide and phenelzine. *Brit J Psychiatry*. 1992;161:353-360.
- Fahlen T, Nilsson HL, Borg K, Humble M, Pauli U. Social phobia: the clinical efficacy and tolerability of the monoamine oxidase-A and serotonin uptake inhibitor brofaromine: a double-blind placebo-controlled study. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;92:351-358.
- Simpson HB, Schneier FR, Campeas RB, et al. Imipramine in the treatment of social phobia. *J Clin Psychopharmacol*. 1998;18:132-135.
- Davidson JR, Potts N, Richichi E, et al. Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *J Clin Psychopharmacol*. 1993;13:423-428.
- Munjack DJ, Baltazar PL, Bohn PB, Cabe DD, Appleton AA. Clonazepam in the treatment of social phobia: a pilot study. *J Clin Psychiatry*. 1990;51(suppl):35-40; (discussion):50-53.
- Reich J, Yates W. A pilot study of treatment of social phobia with alprazolam. *Am J Psychiatry*. 1988;145:590-594.
- Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman, MM. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:282-288.
- Schneier FR, Saoud JB, Campeas R, Fallon BA, Hollander E, Coplan J, Liebowitz MR. Buspirone in social phobia. *J Clin Psychopharmacol*. 1993;13:251-256.
- Clark DB, Agras WS. The assessment and treatment of performance anxiety in musicians. *Am J Psychiatry*. 1991;148:598-605.
- van Vliet IM, den Boer JA, Westenberg HG, Pian KL. Clinical effects of buspirone in social phobia: a double-blind placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*. 1997;58:164-168.
- Van Ameringen M, Mancini C, Wilson C. Buspirone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in social phobia. *J Affect Disorders*. 1996;39:115-121.
- Schneier FR, Chin SJ, Hollander E, Liebowitz

- MR. Fluoxetine in social phobia. *J Clin Psychopharmacol*. 1992;12:62-64.
- Van Ameringen M, Mancini C, Streiner DL. Fluoxetine efficacy in social phobia. *J Clin Psychiatry*. 1993;54:27-32.
- Bouwer C, Stein DJ. Use of the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram in the treatment of generalized social phobia. *J Affect Disorders*. 1998;49:79-82.
- Van Ameringen M, Mancini C, Streiner D. Sertraline in social phobia. *J Affect Disorders*. 1994;31:141-145.
- Katzelnick DJ, Kobak KA, Greist JH, Jefferson JW, Mantle JM, Serlin RC. Sertraline for social phobia: a double-blind, placebo-controlled crossover study. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1368-1371.
- Van Vliet IM, den Boer JA, Westenberg HG. Psychopharmacological treatment of social phobia: a double blind placebo controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology*. 1994;115:128-134.
- Stein MB, Fyer AJ, Davidson JR, Pollack MH, Wiita B. Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 1999;156:756-760.
- Stein MB, Chartier MJ, Hazen AL, et al. Paroxetine in the treatment of generalized social phobia: open-label treatment and double-blind placebo-controlled discontinuation. *J Clin Psychopharmacol*. 1996;16:218-222.
- Mancini C, Ameringen, MV. Paroxetine in social phobia. *J Clin Psychiatry*. 1996;57:519-522.
- Allgulander C. Paroxetine in social anxiety disorder: a randomized placebo-controlled study. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;100:193-198.
- Baldwin D, Bobes J, Stein DJ, Scharwachter I, Faure M. Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder: randomised, double-blind, placebo-controlled study. Paroxetine Study Group. *Br J Psychiatry*. 1999;175:120-126.
- Stein DJ, Berk M, Els C, et al. A double-blind placebo-controlled trial of paroxetine in the management of social phobia (social anxiety disorder) in South Africa. *South African Med J*. 1999;89:402-406.
- Stein MB, Liebowitz MR, Lydiard RB, Pitts CD, Bushnell W, Gergel I. Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): a randomized controlled trial. *JAMA*. 1998;280:708-713.
- Kelsey JE. Venlafaxine in social phobia. *Psychopharmacol Bul*. 1995;31:767-771.
- Altamura AC, Pioli R, Vitto M, Mannu P. Venlafaxine in social phobia: a study in selective serotonin reuptake inhibitor non-responders. *Intern Clin Psychopharmacol*. 1999;14:239-245.
- Van Ameringen M, Mancini C, Oakman JM. Nefazodone in social phobia. *J Clin Psychiatry*. 1999;60:96-100.
- Kelsey JE, Selvig AL, Knight BT, et al. Treatment of generalized social phobia with the 5HT2 antagonist Nefazodone. Presented at the 20th annual meeting of the Anxiety Disorders Association of America. March 22-26, 2000; Washington, DC.
- Pande AC, Davidson JR, Jefferson JW, et al. Treatment of social phobia with gabapentin: a placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol*. 1999;19:341-348.