

Fobia social

Dr. Andrés Heerlein

Introducción

La fobia social constituye una de las más frecuentes patologías vinculadas a los trastornos por ansiedad, caracterizándose por el miedo intenso y persistente a enfrentarse a una o más situaciones sociales, el miedo a actuar frente a personas que no pertenecen al ámbito familiar o en situaciones en que cabe la posibilidad de ser evaluado por los demás. El paciente tiene un particular temor a mostrar síntomas de ansiedad o a exponerse a situaciones que sean humillantes. El fóbico social reconoce que su temor es excesivo e irracional, pero no puede evitar el miedo o la conducta de retraimiento social. Si los temores se aplican a la mayoría de las situaciones sociales se habla de fobia social generalizada. Este cuadro conlleva importantes consecuencias para el desarrollo laboral, académico y personal de los que lo sufren. Los fóbicos sociales se casan menos y tienden a permanecer en sus familias de origen. El trastorno generalmente aparece en la adolescencia, precedido de una historia de introversión y retraimiento social. Habitualmente la enfermedad presenta un curso crónico aunque los síntomas puedan atenuarse en la vida adulta.¹

Descripción clínica

Anamnesis próxima

Paciente de 29 años, soltera, ingeniero civil industrial, actualmente viviendo con familiares, y con una satisfactoria situación laboral, refiere que a los 22 años, estando en misa, es invitada a leer un texto bíblico en público experimentado una intensa reacción de angustia. A partir de este episodio se desarrolla una progresiva conducta evitativa con gran temor a las relaciones sociales extrafamiliares. En principio la paciente intenta manejar su trastorno en forma independiente, sin éxito. Posteriormente realiza dos intentos terapéuticos incompletos que no permiten la remisión cabal de los síntomas. Hace cuatro años, en relación a una desilusión amorosa, realiza un intento de suicidio blando. Actualmente la paciente consulta por dificultades laborales relacionadas con la necesidad de exponerse en público.

Anamnesis remota

La paciente ha nacido en un hogar normalmente constituido, en una ciudad del sur de Chile, recibiendo abundante afecto de parte de su padre. Esta condición se mantiene hasta la actualidad, lo que—según la paciente—podría haber originado celos en la madre. Tanto el padre como la madre son descritos como temerosos y extremadamente precavidos. La paciente refiere haber cursado con éxito el colegio y luego el período universitario. El desarrollo psicomotor ha sido normal.

En los antecedentes sexuales destaca un desagradable evento de exposición ante un exhibicionista a los 9 años de edad. Este evento la habría dejado particularmente temerosa frente a hombres extraños. No obstante, la historia sexual posterior evoluciona sin alteraciones. En los antecedentes gineco-obstétricos destaca una menarquia a los 12 años con ciclos irregulares.

Entre los tratamientos psiquiátricos previos cabe señalar el uso de paroxetina con relativo éxito y una psicoterapia incompleta de características comprensivas. No hay antecedentes de consumo de drogas u otras sustancias.

Entre los antecedentes familiares destacan una madre con elevados índices de ansiedad y depresividad. No hay antecedentes de tratamiento psiquiátrico. Por línea materna existiría una tía con elevados índices de ansiedad.

El examen físico y neurológico no revela mayores alteraciones. El examen mental exhibe una paciente lúcida, plenamente orientada sin trastornos formales del pensamiento ni trastornos del contenido. Destacan los elementos ansiosos y la fobia social. No hay elementos obsesivos ni ansiosos generalizados. Ocasionalmente la paciente refiere haber sentido sensaciones de pánico. Las percepciones son ajustadas y no existen trastornos de la identidad. La afectividad se muestra levemente deprimida sin constituir un elemento clínico relevante. No hay alteraciones circadianas, trastornos del dormir o alteraciones neurovegetativas.

Relato subjetivo de la paciente

“Creo que todo comenzó 7 años atrás o un poco más, cuando estando en la iglesia me pidieron que saliera a leer un pasaje; me sentí algo nerviosa por leer delante de tanta gente, cosa que antes no me había sucedido, pero jamás pensé que me iba a colocar tan nerviosa e incluso me iba a tiritar la cara, y para que además un amigo se llegara a dar cuenta.

“Luego pasó un tiempo y no me volví a sentir mal, hasta que fue el cumpleaños N° 50 de mi padre, y cuando comenzaron a llegar los invitados, todos amigos de la familia desde mucho tiempo, comencé a sentir de nuevo esa sensación desagradable; no quise servirme nada del cóctel por miedo a que se dieran cuenta que me tiritaban las manos.

“De ahí en adelante, siempre al ir a cumpleaños, me latía rápidamente el corazón y me temblaban las manos . . . empecé a quedarme en la casa sin querer ir a ningún lado. Sentía que mi casa era mi lugar seguro.

“Fui a un psiquiatra, que me recetó paroxetina; lo tomé por un tiempo en forma irregular y cuando comencé a sentirme mejor dejé de ir donde ella. Nunca fui regular ya que ese

remedio me daba sueño. Esta psiquiatra siempre me dijo que teníamos que descubrir por qué me pasaba esta situación, siempre me preguntó si recordaba algún hecho desagradable, y por más que traté de recordar, nada vino a mi mente.

“En ese tiempo inicié una relación sentimental con una persona que fue muy importante para mí; pensé que cuando se diera cuenta de lo que sucedía me iba a dejar; es por esto que un día me armé de valor y le conté lo que me pasaba, que estaba visitando a una psiquiatra. Pasado un tiempo esta persona comenzó a criticarme mucho; sé que igual me quería, pero esto me afectó bastante y por eso busqué en la guía telefónica una psiquiatra que trataba problemas de nerviosismo.

“Así es como comencé a visitar a otro médico debido a que recaí; esta psiquiatra me ayudó mucho, estuve visitándola por largo tiempo. Ella me recetó clonazepan. Estuve tomando también este medicamento en forma irregular; sentía que me daba mucho sueño. Terminé con ese novio y sentí que nadie más me iba a poder querer (él una vez me dijo que nadie más me quería por la enfermedad que tenía). En ese período me sentí muy mal; estaba muy deprimida y pensaba que nunca iba a superar mi enfermedad, ni que me hubieran dejado. Entonces tomé 2 cajas de clonazepan; quería quedarme dormida para siempre y no despertar más.

“Esta determinación hizo sufrir mucho a la gente que realmente me quería. Poco a poco comencé a levantar la cabeza nuevamente, con la ayuda de la psiquiatra que estaba visitando en ese momento, y después no fui más a visitarla. . . Hoy no solamente siento que el corazón se acelera en cualquier momento; siento que me pongo roja por cualquier cosa, que me tiritita el cuerpo entero y que se me mojan las manos en cualquier momento y necesito estar tranquila, especialmente en mi trabajo para poder seguir adelante.

“He leído mucho acerca del tema y cuando averigüé cómo eran los síntomas de la fobia social, me sentí reflejada (temblor al estar frente a mucha gente, al levantar una taza o firmar un cheque, me tiemblan las manos, ponerme roja sin sentido, no me gusta que me observen mucho, etc.). Además creo que hay un reflejo condicionado pues cuando creo que me voy a poner nerviosa, esto sucede, y de esta forma se ha convertido todo esto en un círculo vicioso, que día a día aumenta...”

Tratamiento

La paciente recibió un tratamiento inicial de paroxetina 20 mg. por día y lorazepam 1 mg. sublingual S.O.S. Junto con el tratamiento farmacológico se inicia un tratamiento psicoterapéutico de orientación cognitivo-conductual e interpersonal.

Tabla 1
Diagnósticos DSM-IV

Eje I	Fobia social
Eje II	Trastorno de personalidad evitativo
Eje III	—
Eje IV	—
Eje V	GAF=80%

DSM-IV=Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición

Heerlein A. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 2. Num 2. 2002.

Durante su evolución la paciente requiere un apoyo adicional de alprazolam 0.5 mg. por día de liberación prolongada. Así mismo se realizó un intento terapéutico con kawa-kawa. Luego de 6 sesiones terapéuticas la paciente evidencia una clara mejoría de su sintomatología pudiendo asumir roles protagónicos dentro de su trabajo. Luego de haber completado las 12 sesiones programadas de terapia, observamos una remisión de cerca del 80% de la sintomatología. Actualmente la paciente ha contraído matrimonio y se encuentra trabajando en el sur del país.

Discusión

El presente caso ilustra en forma ejemplar la gravedad que puede desarrollar la fobia social. Su adecuado diagnóstico y manejo terapéutico tienen en general excelentes posibilidades de éxito terapéutico.² La incorporación de los ISRS al repertorio psicofarmacológico ha mejorado en forma significativa el pronóstico de la fobia social.^{3,4} El uso de benzodiazepinas de alta potencia como el lorazepam y el alprazolam también ha demostrado eficacia en el tratamiento de la fobia social.⁴ Algunos estudios han señalado que la adición de algunos agentes betabloqueadores como el propranolol pudieran ayudar a reducir los síntomas “embarazosos” de este trastorno. No obstante es necesario recordar que estos agentes presentan frecuentemente depresividad como efecto colateral. El uso de ansiolíticos naturales ha sido propuesto recientemente.⁵ En este caso su uso no reveló ventajas significativas.

En el ámbito de las psicoterapias se ha recomendado la utilización prioritaria de técnicas cognitivo-conductuales cuales son la exposición, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en destrezas sociales.⁴ En general se acepta que estas técnicas presentan resultados favorables y duraderos. No obstante, el presente caso hizo necesario agregar un enfoque interpersonal a la psicoterapia. En éste se analizaron importantes elementos de la biografía de la paciente así como sus particulares visiones de sí misma, de sus roles, y de sus relaciones. Este enfoque multiterapéutico facilitó la rápida recuperación y remisión casi total de los síntomas.

En relación a la profilaxis de recaídas parece aconsejable mantener un control mensual durante un período no inferior a un año, apoyándose en las evidencias provenientes de los trastornos del ánimo. El presente caso nos permite visualizar objetiva y subjetivamente los estragos que puede producir un trastorno como la fobia social. A su vez, la exitosa evolución exhibida por la paciente demuestra las elevadas posibilidades terapéuticas de que disponen estos enfermos. **PSI**

Referencias

- Otto MW, Pollack MH, Maki KM, et al. Childhood history of anxiety disorders among adults with social phobia: rates, correlates, and comparisons with patients with panic disorder. *Depress Anxiety*. 2001;14:209-13.
- Alden LE, Wallace ST. Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behav Res Ther*. 1995;33:497-505.
- 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;152:1368-71.
- Hollander E, Simeon D, Gorman J. Anxiety disorders. In: Hales R, Yudofsky S, Talbott J, eds. *Textbook of Psychiatry*. 3rd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1999:567-633.
- Boerner RJ. Kava kava in the treatment of generalized anxiety disorder, simple phobia and specific social phobia. *Phytother Res*. 2001;15:646-7.