

Tratamientos eficaces para el Trastorno de Ansiedad Social

Efficient Treatments for Social Anxiety Disorder

Carolina Baeza Velasco *

Resumen

El Trastorno de Ansiedad Social (TAS), también conocido como Fobia Social, es reconocido hoy en día como una condición psiquiátrica crónica e incapacitante. La alta prevalencia y la significancia clínica de la enfermedad, enfatizan la necesidad de reconocimiento temprano y de tratamiento eficaz. El objetivo de este trabajo es exponer los principales tratamientos existentes, poniendo atención a las investigaciones y estudios meta-analíticos que intentan diferenciar los distintos tipos de intervención en relación a su eficacia.

Palabras Clave: trastorno de ansiedad social, fobia social, tratamiento psicológico, tratamiento farmacológico.

Abstract

Social Anxiety Disorder (SAD), also known as Social Phobia, is now recognised as a chronic and disabling psychiatric condition. The high prevalence and clinical significance of the disease emphasize the need for early recognition and effective treatment. The main current treatment will be presented paying special attention to meta-analyses and studies, which try to differentiate types of interventions, by their efficacy.

Key Words: social anxiety disorder, social phobia, psychological treatment, pharmacological treatment.

Introducción

El trastorno de ansiedad social (TAS) también llamado fobia social, se manifiesta como un temor excesivo e irracional a enfrentarse a situaciones e interacciones sociales, por miedo a desempeñar un papel humillante y a ser enjuiciado por los demás. Este temor puede llevar al sujeto a evitar las interacciones sociales impidiéndole desarrollar una vida normal y generando muchas veces otras patologías.

Existen actualmente dos subtipos consensuados del trastorno; el generalizado y el no generalizado. El primero se caracteriza por un temor a muchas situaciones sociales y el segundo sólo a una o dos.

El inicio del trastorno suele ser en la adolescencia, aunque hay casos en que podría detectarse en la infancia. Puede aparecer bruscamente después de una experiencia traumática o de forma lenta e insidiosa. Es una patología crónica, que difícilmente remite sin tratamiento.

* PhD (c). Psicopatología de la Infancia Adolescencia y Adultez Universidad Autónoma de Barcelona.

El TAS ha sido de interés para los investigadores sólo a partir de la década de los 80, fecha en que se consolida el trastorno con su inclusión en el DSM-III. A pesar de ser el tercer trastorno psiquiátrico más común (Ollendick y Hirshfeld-Becker, 2002), se considera una patología subdiagnosticada y subtratada debido, entre otras razones, a la falta de información en clínicos y en la población, a la trivialización de los síntomas, a la naturaleza misma del trastorno que acentúa la dificultad de pedir ayuda y a la falsa creencia de que sería una condición inmejorable.

En la actualidad, los profesionales de la salud mental contamos con recursos (farmacológicos y psicoterapéuticos) para abordar esta problemática con resultados respaldados científicamente. Exponer y comparar estas herramientas en relación a su eficacia, es el principal objetivo de este trabajo.

Tratamiento Farmacológico

Los *Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina* (ISRS): Son el tratamiento de primera línea para el TAS, recomendado por el *Consensus Statement on Social Anxiety Disorder* del *International Consensus Group on Depression and Anxiety* (Ballenger, 1998). La mayoría de la evidencia que apoya esta recomendación, procede de los datos clínicos obtenidos con paroxetina. Este fármaco se ha de considerar también como tratamiento de elección en aquellos pacientes que no han respondido a otros tratamientos para el TAS, así como en aquellos casos (la mayoría) en los que el TAS se presenta con un trastorno comórbido concomitante, como trastorno depresivo, trastorno de angustia o trastorno obsesivo compulsivo, para los cuales la paroxetina también tiene indicación terapéutica.

Las *Benzodiazepinas*: Se han utilizado diferentes benzodiazepinas como alprazolam, clonazepam y bromazepam. Sin embargo, las benzodiazepinas no deben considerarse como tratamiento de primera línea por los efectos adversos asociados que comportan, como sedación, ataxia y alteraciones cognitivas, así como por las dificultades asociadas con su discontinuación, ante la posibilidad de una clínica abstinencial, sin olvidar la problemática de su utilización cuando comorbidamente pueda existir asociado abuso de alcohol.

Inhibidores irreversibles y reversibles de la monoaminoxidasa (IMAO y RIMA): Hasta la aparición de los ISRS, la fenelzina había sido utilizada como tratamiento de elección en los pacientes con TAS. En ensayos clínicos se ha obtenido una respuesta positiva en alrededor del 70% de los casos, en comparación con una tasa de respuesta al placebo del 20% aproximadamente (Liebowitz, 1992). Sin embargo, la necesidad de una dieta muy estricta, evitando alimentos que contienen tiramina, al igual que otros agentes simpático miméticos debido al riesgo de reacciones hipertensivas, así como los importantes efectos secundarios asociados a su uso (hipotensión postural, aumento de peso e insomnio) hacen que actualmente estos compuestos deban ser considerados como opciones terapéuticas de segunda línea.

En cuanto a los inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa (RIMA), existen dos sustancias que han demostrado su eficacia en algunos estudios: moclobemida y brofaromina.

Los *Betabloqueantes adrenergicos*: Disminuyen los síntomas vegetativos relacionados con la activación, como son las taquicardias, los temblores, la sudoración. Normalmente son usados en los casos en los que se debe afrontar una situación específica como actuar ante

público. Los fármacos con los que se tiene experiencia son propranolol y atenolol, que deben ser tomados entre 60 y 90 minutos antes de la situación temida.

Tratamiento Psicológico

Las Intervenciones cognitivo conductuales (TCC)

Las opciones más extensamente estudiadas para el tratamiento del TAS en adultos, se conocen bajo el título de TCC. La TCC es una terapia limitada en cuanto a tiempo, orientada en el presente, que enseña a los pacientes las cogniciones y comportamientos competentes necesarios para funcionar adaptativamente en su mundo interpersonal e intrapersonal (Heimberg, 2002). Estas incluyen: Exposición, Técnicas de Reestructuración Cognitiva, Relajación y Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Estas terapias difieren en algún grado en sus fundamentos:

Exposición: está basada en la suposición de que el TAS es una respuesta aprendida (condicionada) y que la exposición, es decir, el enfrentarse a la situación temida (“en vivo” o imaginariamente) de manera sistemática y gradual, brinda la oportunidad de corregir este aprendizaje hasta que la habituación o extinción ocurran (desaprender o descondicionar la reacción fóbica) consiguiendo afrontarlas con un nivel de ansiedad tolerable.

Reestructuración cognitiva: se basa en la suposición de que el TAS surge de creencias desadaptativas acerca de sí mismo y de los demás, que son muchas veces adquiridas tempranamente. Estas técnicas ayudaran al paciente a recusar estas creencias, de tal modo que puedan ver el mundo de manera más realista.

Relajación: consiste en entrenar al paciente a identificar la ansiedad tan pronto como ocurre y practicar ejercicios de relajación en situaciones ansiógenas provocadas, para ayudar a los pacientes a reducir la activación fisiológica que se produce.

Entrenamiento en habilidades sociales: se basa en la idea de que el TAS surge de una carencia de habilidades sociales o de la ansiedad producida por una inhibición de estas habilidades. Este entrenamiento se realiza para impartir nuevas habilidades de competencia social en situaciones sociales (y/o permitir al paciente expresar las habilidades que ya han sido adquiridas). Esto incluye entrenamiento en asertividad y en otras habilidades (por ejemplo: habilidades para iniciar o mantener una conversación).

Eficacia relativa de las TCC

Las revisiones meta-analíticas son en general consistentes en demostrar que la TCC aporta importantes cambios en los individuos con TAS. Por ejemplo, Taylor (1996) encontró que la reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, exposición y exposición combinada con reestructuración cognitiva fueron superiores a la lista de espera en los auto-reportes de síntomas asociados a este trastorno. Además, la valoración de efecto para estos tratamientos, aumentó significativamente después de un periodo de 3 meses (post tratamiento) sugiriendo una mejoría adicional al final del tratamiento. No hubo diferencias significativas entre los diferentes tipos de TCC.

En un meta-análisis reciente (2001) Federoff y Taylor compararon el seguimiento de TCC en TAS: exposición, reestructuración cognitiva, exposición con reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y relajación.

Aunque todos los tratamientos fueron moderadamente efectivos en el post tratamiento y mostraron efectos significativos en el seguimiento, no hubo diferencias significativas entre las diferentes intervenciones.

El asunto de los resultados diferenciales de los distintos tipos de TCC, es un tanto controversial y permanece sin resolver (Turk, Fresco, Heimberg, 1999). De un interés particular es la relativa importancia de la reestructuración cognitiva y exposición en superar los temores y el funcionamiento social. En cuanto a la pregunta de si es la exposición suficiente para producir buenos resultados clínicos o si es necesaria la reestructuración cognitiva para maximizar los beneficios del tratamiento, Feske y Chambless (1995) dirigieron esta pregunta a una revisión meta-analítica para comparar tratamientos que usaron sólo exposición, con tratamientos que combinaron exposición con reestructuración cognitiva. En base a 21 estudios, la exposición sola y la exposición combinada con reestructuración cognitiva produjeron un efecto equivalente en el pre, post-tratamiento y seguimiento en auto informes de resultados.

Adicionalmente no hubo diferencias en cuanto a abandonos entre los dos tipos de tratamientos. En otro meta-análisis, Gould et al. (1997) revisaron 16 estudios que usaron TCC. Entre las variaciones de las TCC examinadas, aquellas que tenían un componente de exposición administrado como único recurso o en combinación con reestructuración cognitiva, tenían mayores efectos en el tratamiento, (efecto muestral=0.89 y 0.80 respectivamente).

Los tratamientos que usaron sólo reestructuración cognitiva o sólo entrenamiento en habilidades sociales fueron un tanto menos efectivos, produciendo efectos moderados. Estos hallazgos sugieren la importancia de incluir la exposición en el tratamiento del TAS.

Aunque no es posible dar conclusiones definitivas acerca de cual TCC es esencial para obtener buenos resultados, existe considerable evidencia que apoya la idea de que la exposición usada sola o en combinación con reestructuración cognitiva es una forma altamente efectiva de tratamiento. Es probable que el uso de cada estrategia beneficiara a los individuos que padecen este trastorno. De hecho, hay autores que han sugerido que la cuestión acerca de cual es la mejor intervención sería irrelevante, si uno considera que el cambio cognitivo y conductual puede ser facilitado por cada modalidad de intervención (Juster y Heimberg, 1998; Turk, Fresco y Heimberg, 1999). Por ejemplo, Turk et al. (1999) han notado que la discusión y el feedback circundante en los ejercicios de exposición, pueden facilitar cambios en las percepciones de los pacientes acerca de sus habilidades y modos de enfrentamiento. Estos mismos cambios son más explícita y sistemáticamente fomentados en terapias de reestructuración cognitiva. De manera similar, y sólo en ausencia de procedimientos estrictamente expositivos, es posible que la relación paciente-terapeuta sirva como un tipo de exposición, especialmente para pacientes con grandes dificultades para interactuar y compartir información personal con personas desconocidas.

Factores asociados a los resultados de la TCC

Sólo unos pocos predictores de resultados de la TCC para desordenes de ansiedad han sido identificados. Entre ellos se encuentra la severidad de los síntomas antes del tratamiento (Otto et al., 2000), acuerdo o conformidad con los deberes asignados para realizar en casa (Leung y Heimberg 1996), frecuencia de pensamientos negativos durante la interacción social (Chambless et al 1997), expectativa de los resultados del tratamiento (Chambless et al., 1997).

Sin embargo, muchos de estos estudios han sido realizados en el formato grupal de TCC.

El subtipo también ha sido asociado a los resultados de tratamiento, Brown et al. (1995) y Hope et al. (1995) demostraron que los pacientes con el subtipo generalizado comenzaron el tratamiento más incapacitados y a pesar del similar grado de mejoría, terminaron el tratamiento más incapacitados que los pacientes sin el subtipo generalizado.

TCC: tratamiento individual versus tratamiento grupal

Existe sustancial evidencia de que el formato grupal resulta efectivo en el tratamiento del TAS. Según Heimberg y Juster, (1995) los beneficios potenciales del grupo son; la facilidad de simular situaciones sociales en *role plays*, la exposición que implica el simplemente estar en el grupo, apoyo mutuo de los miembros del grupo, la comparación social potencialmente útil y aprendizaje vicario mientras otros miembros del grupo ejecutan *role plays*, a parte del menor costo económico. Scholing y Emmelkamp (1993) refieren como desventajas potenciales del grupo la posibilidad de atender en menor grado los problemas individuales y creencias disfuncionales y una intensificación de conductas de evitación en una situación grupal que puede interferir con la respuesta al tratamiento.

En 1995, Hope et al. observó que la TCC grupal producía resultados superiores a la lista de espera. Heimberg et al. (1990) concluyó que era superior al tratamiento psicológico de placebo. Y en 1993, Heimberg observó que los pacientes tratados grupalmente habían mantenido sus logros de 4 a 6 años después de que el tratamiento fuera discontinuado. Sin embargo, pocos estudios han examinado si el formato grupal de tratamiento es más

efectivo que el formato individual. Un estudio realizado por Stangier et al. (2003) con 71 pacientes que cumplían el criterio de fobia social según DSM-IV, dirigido a comparar si la TCC de formato individual resultaba más efectiva que el formato grupal y la lista de espera, observó que tanto el formato individual como grupal mejoraron significativamente desde el pre al post-tratamiento. El formato individual fue superior al grupo en varias medidas en el post-tratamiento y en el seguimiento (6 meses). Los efectos del tratamiento en las medidas general de afectividad y psicopatología fueron menos sustanciales que el efecto en la fobia social. Los resultados sugieren que la TCC individual es el tratamiento específico para el TAS y que su efectividad puede ser disminuida al trasladarla al formato grupal.

Tecnología aplicada a la TCC

La necesidad de diseñar tratamientos que incrementen su eficiencia y disminuya los costos, ha llevado a clínicos e investigadores a considerar como prometedora herramienta el uso de dispositivos electrónicos y toda la tecnología de que se dispone como complemento a los tratamientos.

Computadoras: Turk et al. (2000) adaptaron su cuaderno de trabajo para el cliente (para el tratamiento de la ansiedad social) a un CD interactivo. Esta guía computacional, proporciona psicoeducación y ejercicios estructurados para dirigir pensamientos irracionales y desarrollar una jerarquía de exposiciones.

Los autores recomiendan que este programa sea usado como complemento de la TCC o como herramienta psicoeducacional que puede complementar el tratamiento farmacológico. Se realizó un estudio (Gruber et al., 2001) que utilizó una computadora portátil como complemento terapéutico a la TCC grupal, para ayudar a facilitar la exposición y la

reestructuración cognitiva en pacientes con TAS. Se comparó la eficacia de 12 sesiones de grupo de TCC, con 8 sesiones de TCC más computadora y lista de espera.

La mejoría fue casi equivalente en ambos tratamientos. Aun no se sabe si este tipo de programas puede ser útil como un tratamiento independiente para el TAS con una participación más limitada del terapeuta (por ejemplo, para quienes estén altamente motivados o para quienes tienen una forma leve del desorden) (Lipsitz y Marshall, 2001).

Internet: El impacto de internet en nuestra época no escapa al ámbito de la salud mental. Un reciente estudio (Andersson et al, 2006) de 64 individuos con TAS sometidos a TCC multimodal de 9 semanas, consistente en un programa de autoayuda en Internet, combinado con 2 sesiones grupales de exposición y un mínimo contacto con el terapeuta vía e-mail, comparados con un grupo control de pacientes en lista de espera, observó que desde el pre al postest, los sujetos tratados mostraron mejorías significativas en contraste a los controles, mejorías que se mantuvieron al año de seguimiento.

Videotape: Recientemente se publicó la experiencia de Smits, Powers y Telch (2006) que examinaron la eficacia de 2 procedimientos de feedback por videotape, sumados a la TCC de exposición en 77 pacientes con TAS repartidos en 4 grupos: placebo, exposición sin feedback, exposición más feedback en videotape de la ejecución y exposición de las respuestas de la audiencia. En este caso y contrariamente a las predicciones, el feedback en videotape no realzaron los efectos de la TCC de exposición.

Realidad Virtual: La Realidad Virtual ofrece un nuevo paradigma de interacción en donde los usuarios no son sólo observadores de imágenes en una computadora, sino que son participantes

activos de un mundo virtual tridimensional. Este sistema ha sido propuesto como un efectivo método de exposición y ya ha sido utilizado exitosamente en el tratamiento de algunas fobias simples como la acrofobia y la fobia a volar (Olasov y Hodges, 1999).

Un estudio de Pertaub, Slater y Barker (2001) encontró que la ansiedad de hablar en público podía ser efectivamente inducida usando realidad virtual y que este tipo de respuesta correspondía al tipo de feedback que daba la audiencia.

Se requieren nuevos estudios para determinar como estas tecnologías pueden ser integradas a los programas de TCC.

Comparación de la TCC y la Farmacoterapia

Ballenger et al. (1998) refieren que la evidencia sugiere que la farmacoterapia y la TCC son prácticamente iguales en cuanto a eficacia. Según Ballenger (1999) los pacientes tratados con fármacos tienden a mejorar cerca del primer año de medicación, pero hay un significativo riesgo de recaída si la medicación es discontinuada. Una de las ventajas claras de la efectividad de la TCC es una reducida necesidad de continuación de tratamiento y un bajo riesgo de recaída.

Federoff y Taylor (2001) realizaron un estudio meta-analítico (con un total de 108 pruebas de resultados de tratamientos) que tenía por objetivo evaluar si los distintos tratamientos (farmacológicos y psicológicos cognitivo-conductuales) diferían en su eficacia para tratar en TAS, y si estos resultaban más efectivos que el placebo y la lista de espera.

Los hallazgos mostraron que el tratamiento más consistentemente efectivo para el TAS fue el farmacológico, al menos en el corto plazo. Las benzodiazepinas y los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina resultaron igualmente efectivos

y más efectivos que las condiciones control. No fue posible valorar la durabilidad de los logros de los tratamientos farmacológicos, porque sólo un insuficiente número de drogas estudiadas incluyeron datos de seguimiento. Los tratamientos psicológicos fueron también más efectivos que el placebo y la lista de espera. Los logros de los tratamientos psicológicos, aunque moderados, continuaron durante el periodo de seguimiento. No hubo diferencia en la eficacia entre los diferentes tipos de TCC. En relación al hecho de que las terapias psicológicas parecen ser significativamente menos efectivas que las suposiciones previas según este meta-análisis, los autores comentan que la correlación entre el año de publicación y la magnitud del efecto para las terapias psicológicas no es significativa. Lo que sugiere que con el tiempo las terapias psicológicas no han variado en su eficacia, la magnitud del efecto permanece moderado. Refieren que la nueva generación de farmacoterapias (benzodiazepinas e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), suministrados en dosis adecuadas, pueden explicar las diferencias en lugar de considerar a las terapias psicológicas como carentes de efecto.

La nueva generación de TCC que han sido desarrolladas, como la TCC basada en el modelo teórico de Clark y Wells, podrían demostrar ser más efectivas que las anteriores versiones. De hecho Clark (1999) estudió la nueva modalidad de terapia basada en su modelo teórico acerca de los procesos involucrados en la mantención del desorden. La comparó con fluoxetina más exposición y placebo más exposición. Los resultados demostraron que la nueva terapia fue significativamente superior a los otros tratamientos en reducir síntomas del TAS, incluyendo el temor a la evaluación negativa (citado en Wells y Papageorgiou, 2001).

Tratamiento combinado: Psicofármacos más Psicoterapia

Aunque la noción de combinar dos tratamientos efectivos para este trastorno resulte atractiva, hay pocos datos empíricos que avalen la eficacia de este procedimiento. En este sentido, tres posibles resultados deben ser considerados:

1. que su combinación pueda ser sinérgica, es decir que la TCC y la medicación trabajen juntas para realzar los resultados obtenidos por cada tratamiento por separado. Por ejemplo, la medicación puede reducir la severidad de la ansiedad, facilitando que el paciente esté más dispuesto a afrontar los ejercicios de exposición.
2. que un tratamiento quite mérito a la eficacia del otro, por ejemplo que el paciente atribuya mejoría a la medicación más que a sus propios esfuerzos y desempeño en ejercicios de exposición.
3. que ningún tratamiento sume eficacia al otro. Solo hay dos estudios publicados al respecto (Clark y Agras 1991; Fallon et al., 1981) pero ambos usaron fármacos que no han demostrado ser más efectivos que el placebo. Si embargo, hay dos estudios que se han puesto en marcha que prometen informar acerca de este asunto. Davidson y Foa combinan la TCC grupal con fluoxetina. Resultados preliminares sugieren la superioridad de todos los tratamientos activos sobre el placebo, pero aun no es claro si la combinación de los tratamientos será superior a cada modalidad administrada por separado (citado en Heimberg, 2002; Zaidler y Heimberg, 2003).

El otro estudio corresponde a Heimberg, Liebowitz que estudian a pacientes tratados sólo con TCC grupal, sólo con fenelzina, TCC grupal combinada con fenelzina o píldoras de placebo. Resultados preliminares sugieren un modesto

beneficio del tratamiento combinado después de 12 semanas, pero datos de la muestra completa respecto del mantenimiento o recaídas, aun no están disponibles (citado en Heimberg, 2002; Zaider y Heimberg, 2003).

Otras Intervenciones Psicológicas

Como hemos visto en apartados anteriores, diversos fármacos han sido estudiados y hallados eficaces en el tratamiento del TAS. También ha demostrado su eficacia el más estudiado de los tratamientos psicológicos: la TCC. Sin embargo, este tipo de intervención es utilizada sólo por una minoría de los pacientes con TAS. Un estudio de pacientes con desorden de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y TAS, reveló que la psicoterapia psicodinámica fue utilizada tantas veces como todos las TCC combinadas (Goisman, Warshaw y Keller, 1999). Estos datos son perturbadores para clínicos que prescriben el uso de la TCC, porque describen un serio desuso de los métodos para los que hay fuerte evidencia de eficacia. Por otro lado, cerca de un tercio de los pacientes tratados, no responden a la medicación o a este enfoque terapéutico, (Lipsitz, Markowitz, Cherry y Fyer, 1999) y muchos de los pacientes que logran mejorías, continúan experimentando importantes síntomas (Lipsitz y Marshall, 2001), lo que muestra lo necesario que resulta buscar y considerar los tratamientos alternativos:

Psicoterapia de orientación psicoanalítica: Sin entrar en detalle respecto de la teoría freudiana de las fobias, diremos que en la teoría psicoanalítica se identifican necesidades psicológicas básicas como apego y aprobación, y en relación a esto, las interacciones sociales son fuente directa de gratificación o frustración. Una fuerte necesidad de aceptación durante el desarrollo crea sentimientos de vulnerabilidad y ansiedad en relación a

estas necesidades. Si los cuidadores ofrecen apoyo consistente y nutrido, el individuo podrá modular estas necesidades y desarrollar sentimientos de seguridad de que estas serán satisfechas en el futuro. Un ambiente temprano crítico y poco apoyador ha sido reportado como común entre gente con TAS y esto puede socavar el desarrollo de la seguridad interpersonal. En esta perspectiva el mecanismo defensivo de la proyección es característico de las fobias. Sentimientos de agresión conscientes o subconscientes pueden teñir interacciones neutrales con una atmósfera de conflicto y competición.

Mientras algunos confrontan situaciones agresivamente, los que padecen ansiedad social pueden temer o evitar la lucha percibida y reprimir respuestas agresivas. Gabbard (1992) afirma que es peor cuando los sentimientos internos agresivos y de celos causan culpa, lo que intensificaría la ansiedad social. Este autor también sugiere que la fobia social puede ser asociada a la ansiedad de separación. Movimientos hacia la independencia pueden percibirse como un riesgo de perder el amor de los cuidadores. Este puede ser el caso de cuando los padres fracasan en el apoyo a los movimientos hacia la independencia en los niños. Tener padres sobreprotectores ha sido también un factor común entre pacientes con TAS.

La terapia de orientación psicoanalítica enfatiza que la terapia por sí misma es una fuente importante de material clínico. Aunque la situación de terapia difiere de otras situaciones sociales, muchos sentimientos relacionados con la ansiedad social son activados en terapia. Por ejemplo, los pacientes pueden ser sumamente sensitivos a percibir criticismo por parte del terapeuta. También pueden experimentar sentimientos de dependencia que aumentan hacia el término de la terapia.

En consideración a la valoración de progreso, los pacientes con ansiedad social pueden decir al terapeuta lo que creen que el terapeuta quiere oír (Por ejemplo: "Sí, me siento mucho mejor") por el temor a la desaprobación (Lipsitz y Marshall, 2001). Hofmann y Marten (2001) refieren que desde un punto de vista cognitivo-conductual, cualquier tratamiento que permita a los pacientes reevaluar sus interpretaciones negativas y catastróficas de las situaciones sociales asociadas a síntomas de ansiedad, ofrecen un potencial de ayuda. De acuerdo con esto, afirman que los tratamientos psicodinámicos ofrecen a los pacientes una explicación histórica (verdad narrativa) para la ansiedad en situaciones sociales. Se engendran nuevas cogniciones, y los pacientes pueden desatender sus exageradas y catastróficas cogniciones y atender más a la realidad objetiva. Desafortunadamente, estos tratamientos son difíciles de estudiar empíricamente, y lo que sabemos proviene de reportes de casos. Según Crits-Cristoph, Connolly y Azarian (1996) tratamientos psicoanalíticos expresivos y de apoyo a corto plazo, han mostrado ser prometedores para el tratamiento del TAS.

Terapia de Apoyo: Aproximación psicoterapéutica que enfatiza el rol apoyador del terapeuta. Las técnicas de apoyo comunican aceptación, consideración, afecto, y comprensión al paciente. El objetivo es promover sentimientos de seguridad y confort en la relación terapéutica. Se ha definido en contraste a la más tradicional psicoterapia psicodinámica de expresión, en donde el terapeuta es menos activo y más confrontacional. De todos modos las terapias llamadas de "apoyo", pueden usar un marco teórico psicodinámico.

Otro modelo usado comúnmente como psicoterapia de apoyo es la terapia centrada en el cliente de Roger, que acentúa la importancia de la escucha del terapeuta y el

acercamiento a los sentimientos del cliente (Lipsitz y Marshall, 2001). Cottraux et al. (2000) estudió la eficacia de la terapia de apoyo en comparación a la TCC en el tratamiento del TAS, observando que esta última era más efectiva que la terapia de apoyo. Menninger (1992) propone que la terapia de apoyo puede ser útil como adjunto al tratamiento del TAS en la fase de seguimiento, ya que puede ayudar a los pacientes en su adaptación a los nuevos desafíos que llegan a partir de la recuperación del TAS (Lipsitz y Marshall, 2001).

Terapia Interpersonal: Desarrollada por Klerman et al. (1984) para el tratamiento de la depresión, es un tipo de intervención limitada en el tiempo (12-14 sesiones semanales), en donde las sesiones se centran en áreas problemáticas específicas en el aquí y ahora de la vida del paciente. Opera bajo el supuesto de que los desórdenes psiquiátricos ocurren y son mantenidos dentro de un contexto interpersonal, entonces el foco está en mejorar la actual vida interpersonal del paciente como un medio para la recuperación sintomatológica. Su eficacia ha sido demostrada en el tratamiento de la depresión (Elkin et al., 1989). Markowitz (1998) modificó la terapia interpersonal para la distimia, con positivos resultados preliminares. También ha sido probado exitosamente en el tratamiento de bulimia, lo que indica que esta forma de intervención también puede ser útil en desórdenes no afectivos (citado en Lipsitz, Markowitz, Cherry y Fyer, 1999).

Lipzitz, Markowitz, Cherry y Fyer (1999) modificaron la terapia interpersonal y la probaron en 14 semanas a 9 pacientes con diagnóstico de fobia social según DSM-IV. 7 de los 9 pacientes se vieron beneficiados, lo que sugiere que puede ser eficaz en el tratamiento del TAS.

Conclusiones

La principal línea de tratamiento farmacológico lo constituyen los ISRS e IMAO. En cuanto al tratamiento psicológico, las TCC son las más estudiadas y hay contundentes pruebas de su eficacia, aunque sin clara distinción entre cual de las intervenciones es más efectiva. Parece ser que la reestructuración cognitiva más exposición resulta una combinación eficaz. También hay pruebas de que el formato individual de intervención cognitivo conductual, sería más indicado para este trastorno.

Los estudios sugieren que el tratamiento farmacológico (ISRS e IMAO) y TCC son equiparables en cuanto a resultados, o muestran una sutil ventaja para la farmacoterapia, pero la TCC ofrece la ventaja de un fuerte mantenimiento de los logros obtenidos y una prometedora relación costo-beneficio cuando los costos a largo plazo son considerados.

Otras psicoterapias y fármacos han mostrado ser potencialmente beneficiosos pero requieren más investigación.

Referencias

- Andersson G.**, Carlbring P., Holmström A., Sparthar E., Furmark T., Nilsson-Ihrfelt E., Buhrman M., Ekselius L. (2006) Internet-Based Self-Help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* August, pages 677-686.
- Ballenger JC.** (1999) Current Treatments of the anxiety disorders in adults. *Biological Psychiatry*. Vol. 46, Issue 11, 1579-1594.
- Ballenger JC.**, Davidson JRT., Lecubrier Y. (1998) Consensus statement on social anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry* 59(17 Suppl):54-60.
- Brown EJ.**, Heimberg RG., Juster HR. (1995) social phobia subtype and avoidant personality disorder. Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy* 26:467-486.
- Chambelss DL.**, Tran GQ., Glass CR. (1997) Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 11:221-240.
- Clark DB.**, Agras WS. (1991) The assessment and treatment of performance anxiety in musicians. *American Journal of Psychiatry* 148:598-605.
- Cottraux J.**, Note I., Albuissou E., Yao S., Note B., Mollard E., Bonasse F., Jalenques I., Guérin J., Coudert A. (2000) Cognitive Behavior Therapy versus Supportive therapy in Social Phobia: a randomized controlled trial. *Psychotherapy Psychosomatic* 69:137-146.
- Cris-Cristoph P.**, Connolly MB., Azarian K. et al. (1996) An open trial of supportive therapy in social phobia: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Psychosomatic* 69:137-146.
- Elkin I.**, Shea MT, Watkins JT, et al. (1989) National Institute of Mental Health treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry* 46:971-983.
- Fallon IR.**, Lloyd GG, Harpin RE. (1981) The treatment of social phobia: Real-life rehearsal with nonprofessional therapist. *Journal Nerv Mental Disorders* 169:180-184.
- Federoff I.**, Taylor S. (2001) Psychological and Pharmacological Treatments of Social Phobia: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, Vol. 21, No3.

- Feske U., Chambless DL.** (1995) Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. *Behavior Therapy* 26:695-720.
- Gabbard GO.** (1992) Psychodynamic of panic disorder and social phobia (abstract). *Bulletin Menninger Clinic* 56 (suppl 2):3-16,1987.
- Goisman R., Warshaw M., M.S.S., M.A., Keller M.** (1999) Psychosocial treatments prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996. *American Journal of Psychiatry* Nov. 156:11.
- Gould RA., Buckminster S., Pollack MH.** Et al. (1997) Cognitive Behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Science Practic* 4.291-306.
- Gruber K., **Moran P., Roth W., Taylor C.** (2001) **Computer-assisted cognitive behavioral Group therapy for social phobia.** *Behavior Therapy* 32, 155-165.
- Heimberg R.** (1993) Specific issues in the cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry* 54 (suppl 12):36-45.
- Heimberg R., Juster H,** (1995) Cognitive-behavioral treatments: Literature review. En Heimberg R, Liebowitz M, Hope D, et al (eds): Social phobia: Diagnosis, Assesment, and Treatment. New York, Guilford Press.
- Heimberg R.** (2002) Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Current Status And Future Directions. *Biological Psychiatry*, Volume 51, Issue 1, 1 January, Pages 101-108
- Heimberg R., Dodge C., Hope D., Kennedy C.**(1990) Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, n° 14, p1-23
- Hofmann S., Dibartolo P.** (2001) From Social Anxiety to Social Phobia, Multiple Perspectives. A Pearson Education Company.
- Hope DA., Herbert JD., White C.** (1995) Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy Research* 19:399-417.
- Juster HR., Heimberg RG.** (1998) Social Phobia. En Hersen M, Bellack AS, eds. Comprehensive clinical psychology, vol.6: Adults: clinical formulation and treatment . New York, NY: Elsevier, 475-498.
- Klerman GL, Weissman MM,** (1984) Interpersonal psychotherapy for Depression. New York, Basic Books.
- Leung AW., Heimberg RG.** (1996) Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy* 34:423-432
- Liebowitz M.R., **Schneier F.** (1992) **Phenelzine versus atenolol in social phobia. A placebo-controlled comparison.** *Archives of General Psychiatry* 49;290-300.
- Lipsitz J.D., **Markovitz J.**(1999) **Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia.** *American Journal of Psychiatry* Nov. 156:11.
- Lipsitz JD.** Marshall R.D. (2001) Alternative psychoterapy approaches for social anxiety disorder. *Psychiatry Clinic North America* Dec,24(4):814-29
- Menninger WW.** (1992) Integrated treatment of panic disorder and social phobia. *Bulletin Menninger Clinic* 56(suppl A).61-70.
- Olasov B., Hodges L.** (1999) The Use of Virtual Reality Exposure in the Treatment of Anxiety Disorders. *Behavior Modification*, Vol.23 No. 4, October 507-525.

- Ollendick TH.**, Hirshfeld-Becker D. (2002) The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry* (United State) Jan, 51(1) p44-58.
- Otto MW.**, Pollack MH., Gould RA.(2000) A comparison of the efficacy of clonazepam ad cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 14:345-358.
- Pertaub DP.**, Slater M. (2001) An experiment of fear of public speaking in virtual reality. *Studies in Health Technology and Information* 81:372-378.
- Scholing A.**, Emmelkamp PM, (1993) Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behavior Research and Therapy*, 31, 667-681.
- Smits J.**, Powers M., buxkamper R., Telch M. (2006) The efficacy of videotape feedback for enhancing the effects of exposure-based treatment for social anxiety disorder: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy* Volume 44, Issue 12, December.
- Stangier U.** Heidenreich T. (2003) Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behavior Research and Therapy*, Sept. Volumen 41, Issue 9, p991-1007.
- Taylor S.** (1996) Meta-analysis of cognitive behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy Exp Psychiatry* 27:1-9.
- Turk CL.**, Fresco DM., Heimberg RG. (1999) Social phobia: cognitive behavior therapy. En: Hersen M., Bellack AS, eds. Handbook of comparative treatments of adults disorders, 2nd edn. New York, NY: Wiley, 287-316.
- Turk CL.**, Heimberg R., Hope D. (2000) Managing Social Anxiety: A Psycho-Educational Cognitive Approach. SmithKline-Beecham.
- Wells A.** Papageorgiou C. (2001) Brief cognitive therapy for social phobia: a case series. *Behavior Research and Therapy*, June, volumen 39, issue 6, p713-720
- Zaider T.I.** Heimberg R.G. (2003) Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinava* 108 (Suppl 417): 72-84.