

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea



Leioako Erizaintzako
Unibertsitate Eskola
Escuela Universitaria
de Enfermería de Leioa

TRABAJO FIN DE GRADO

Revisión bibliográfica

Terapias Cognitivo- Conductuales en la Fobia Social en adultos

AINARA SAN VICENTE MONTALBÁN

15/05/2015

0. RESUMEN

La fobia social es una enfermedad psiquiátrica que causa costes socioeconómicos significativos y que presenta una alta comorbilidad. Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) pueden ser una alternativa de tratamiento efectiva, ya que buscan el cambio de pensamientos y comportamientos adquiridos en una enfermedad con un alto componente de aprendizaje.

Objetivo: Verificar la efectividad de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) con respecto a otros tratamientos empleados en la fobia social, en adultos (farmacoterapia y otras técnicas de psicoterapia).

Metodología: Revisión bibliográfica de estudios de los últimos 10 años, en bases de datos (Pumed etc...). Se seleccionan 12 artículos, 10 ensayos clínicos y 2 meta-análisis.

Resultados: Los estudios muestran una respuesta positiva de los pacientes (*en términos de reducción de síntomas según escalas de medida estandarizadas para la fobia social*) al tratamiento con terapias cognitivo-conductuales (TCC), en sus distintas modalidades de aplicación (individual, grupal y por internet). Estos ratios de respuesta son similares a los que se obtienen en otros tratamientos (farmacoterapia y terapia psicodinámica). Las TCC presentan como ventaja la ausencia de efectos secundarios; como desventaja, su efecto se produce a más largo plazo

Conclusiones: No hay resultados concluyentes en relación al beneficio de estas terapias respecto de otras; los factores que determinan fundamentalmente el éxito de las mismas son la situación y la predisposición individual de cada paciente. Dadas las implicaciones de esta patología en la sociedad actual, sería conveniente invertir más medios en el desarrollo de nuevas técnicas.

Palabras clave: Social phobia (MeSH), Social Anxiety Disorder, SAD, Cognitive-Behavioral Therapy, Cognitive Behavioral Therapy (MeSH), exposure, drug, pharmacotherapy (MeSH).

INDICE

0. RESUMEN	2
1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVO	9
3. METODOLOGÍA	10
4. RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	22
6. CONCLUSIÓN	24
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS.....	29
Clasificación trastornos de ansiedad (DSM V) ²	29
Criterios para el diagnóstico del F40.1 Fobia Social (300.23) ²	30
Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS).....	32
Escala de JADAD (evidencia)	33

1. INTRODUCCIÓN

El término **fobia social** fue introducido en 1903 pero no adquirió categoría de diagnóstico propia hasta la tercera edición del *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* publicado en 1980¹.

Clasificada dentro de los trastornos de ansiedad o antiguas neurosis en los Manuales de Diagnóstico Internacionales, en la actualidad la Fobia social o Trastorno por ansiedad social se define 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. 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),...”² (DSM V, 2014, ver clasificación y criterios diagnósticos en Anexo).

Las últimas tendencias de clasificación, distinguen a su vez entre la **fobia social generalizada**, con ansiedad en la mayoría de las situaciones sociales (beber, comer o hablar en público, mantener entrevistas, hablar con desconocidos,...) y la **fobia social no generalizada**, referida normalmente al miedo a hablar en público¹.

Según una reciente revisión de la **prevalencia** anual de enfermedades mentales, la fobia social es el subtipo más frecuente de los trastornos de ansiedad en Europa³. Algunas fuentes cifran la prevalencia anual Europea en un 2,3% (el 0,6% en España, según un estudio del ESEMedD-España⁴) y en un 4,5% a nivel mundial³ mientras que otras hablan de prevalencia anual para la población mundial de un 7% y de un 12 % en prevalencia vital⁵. Se trata de una enfermedad de **inicio** temprano en la mayoría de los casos (entre los 12 y 17 años y raramente después de los 25) y curso crónico (múltiples estudios muestran que tiene una duración superior a los 10 años)³, que puede dar lugar a discapacidades psicosociales severas y a costes socioeconómicos significativos⁶.

El interés creciente de la fobia social se debe también a su elevada **comorbilidad** (70-80%) con otros trastornos psiquiátricos (trastorno por angustia, agorafobia, abuso de tóxicos,...)⁷, incluyendo gestos e intentos

autolíticos en su desarrollo más severo, así como mayor gravedad en episodios depresivos⁸.

En cuanto a las **causas** de la fobia social, estas comprenden factores genéticos y ambientales, aunque se desconoce con exactitud su etiopatogenia⁷. En el ámbito *neurobiológico* los pacientes con fobia social han evidenciado disfunciones por hiperreactividad de la amígdala a señales de interacción, y deficiencias de atención y procesamiento de la información⁸. La perspectiva *psicosocial* incluye factores infantiles predisponentes (por imitación de fobias parentales, sobreprotección,...) y/o conflictos en la vida adulta (situaciones humillantes). La falta de soporte social o el bajo nivel educacional también se han relacionado con este trastorno⁷.

Los individuos con fobia social sufren de hipersensibilidad a la crítica, a la valoración negativa de los demás y al rechazo, tienen baja autoestima y poca capacidad de autoafirmación y experimentan casi siempre **síntomas** de ansiedad (palpitaciones, temblores, sudoración, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento, confusión) en las situaciones sociales. En los casos más serios, estos síntomas pueden llegar a crisis de pánico².

El correcto **diagnóstico** es el primer objetivo ante la fobia social, ya que hay evidencias de que este trastorno no está ni bien diagnosticado ni bien tratado, ni en asistencia primaria ni en especializada, posiblemente debido a la falta de conciencia de esta enfermedad, a la falta de un umbral claro o a su comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas⁹. Para su valoración se utilizan escalas como la LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale), los SUD (Subjective Units of Distress), la CGI-I (Clinical Global Impression Improvement) y la CGI-S (Clinical Global Impressions Severity)

La LSAS es la herramienta de valoración más usada en la evaluación de la Fobia Social (ver Anexo). Es una escala de 24 ítems que se puntúan de 0 a 3 según el temor y la evitación que produzca la situación¹⁰. Se considera que un paciente responde al tratamiento cuando la LSAS desciende un 30% respecto a su situación previa y que la enfermedad remite cuando se baja en esta escala por debajo de los 30 puntos, con ausencia de síntomas de ansiedad y de depresión comórbida⁹.

Por otra parte, los SUD, con rangos de 0 a 100, se utilizan para evaluar los cambios en el grado de ansiedad a lo largo de una exposición¹¹.

La CGI-I y la CGI-S, son escalas muy utilizadas en la evaluación de drogas psicotrópicas, que miden la mejora y la severidad de una psicopatología, en un rango de 7 puntos (de mayor (1) a menor (7) mejora y severidad respectivamente)¹².

Un problema que se plantea en el diagnóstico de la fobia social es que puede confundirse con timidez en algunos casos. El **diagnóstico diferencial** entre ambas se basa en que las personas tímidas aunque experimenten cierto temor a afrontar situaciones sociales, lo hacen, mientras que en el caso de la fobia social las situaciones provocan tal ansiedad, angustia y/o pánico que se comienzan a evitar todo tipo de compromisos sociales, produciendo discapacidad funcional, interfiriendo en la rutina normal del individuo, en sus relaciones laborales, académicas o sociales o produciendo un malestar clínicamente significativo. Tampoco deben confundirse con fobia social temores congruentes con el contexto².

Una vez realizado el diagnóstico, el **tratamiento** va a basarse fundamentalmente en un abordaje farmacológico, y/o en un abordaje psicoterapéutico, dentro del cual se engloban las terapias cognitivo-conductuales (TCC). Para definir el tratamiento correcto conviene realizar una entrevista personal que incluya la historia psiquiátrica completa y un examen físico. Dependerá también de la comorbilidad con otras enfermedades y de estados clínicos como embarazo, lactancia o el uso de otras medicaciones⁹.

La *farmacoterapia* es una opción razonable en el tratamiento de la fobia social, que ha demostrado su eficacia en la reducción de la evitación y de la ansiedad⁷.

Distintas medicaciones han sido estudiadas para el tratamiento de la fobia social. Estos estudios han mostrado el potencial de los IMAOs (Inhibidores de la monoaminoxidasa irreversibles, como la fenelcina, y reversibles, como la moclobemida), los ISRSs (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina) y los IRSNs (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Noradrenalina y la Serotonina) y las benzodiacepinas¹³.

Aunque los IMAOs fueron los primeros antidepresivos en estudiarse para la fobia social (la fenelcina obtiene altos ratios de respuesta en reducción de ansiedad y mejora del rendimiento en el trabajo) los ISRS y los ISRN son los fármacos más utilizados en este trastorno por su seguridad y tolerancia frente a otros fármacos.

Dentro de este grupo de fármacos se usan, entre otros, la sertralina, el escitalopram y la fluoxetina¹³.

En cuanto a las benzodiacepinas, el clonazepam ha demostrado buenos resultados en la reducción de la ansiedad, pero este beneficio tiene como contrapunto el riesgo de sedación durante la exposición social¹³.

El abordaje farmacológico tiene los inconvenientes de falta de respuesta en algunos casos y los efectos secundarios como la hipertensión en el tratamiento con fenelcina o las cefaleas en el tratamiento con escitalopram¹³. Además la mayoría de estos pacientes han visto afectadas sus relaciones desde su infancia y han adaptado su vida a sus síntomas; la farmacoterapia puede reducir los síntomas pero no ayuda a la hora de aprender nuevos comportamientos⁸. La psicoterapia y, dentro de esta, las TCC van a actuar sobre este aprendizaje.

Respecto al *abordaje psicoterapéutico*, la psicoterapia se define como “una aplicación planificada y documentada de las técnicas derivadas de los principios psicológicos establecidos, llevada a cabo por personas cualificadas y entrenadas en la comprensión de estos principios y en la aplicación de estas técnicas con la intención de ayudar a los individuos a modificar aquellas características personales, tales como sentimientos, valores, actitudes y conductas, que son juzgadas como inadaptadas o desajustadas”⁷.

El modelo más empleado lo comprenden las *TCC*, que se definen como “un procedimiento activo, directivo estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para modificar el comportamiento y/o las emociones a través del cambio de los procesos mediadores (cognitivos) que las determinan”⁷.

Las TCC más aplicadas en la fobia social son las siguientes: 1) técnicas de exposición, que ayudan a los pacientes a enfrentarse a las situaciones temidas, 2) técnicas de relajación, que pretenden controlar la ansiedad que les generan estas situaciones, 3) técnicas de reestructuración cognitiva, que permiten a los pacientes tener una visión más adecuada de las situaciones y 4) técnicas de entrenamiento en habilidades sociales que ayudan a los pacientes a reafirmarse y a expresar sus necesidades o sus emociones sin agresividad y teniendo en cuenta las necesidades de otros¹.

La exposición es el método clave de tratamiento en todas las fobias, justificada por el principio de habituación que dice que todo miedo injustificado se va

extinguendo progresivamente a medida que se afronta. En el caso de la fobia social se trata de rehabilitar al paciente a soportar la mirada de otros en distintas situaciones de la vida diaria: Abordar a un desconocido, expresar descontento, hablar en público,... cada paciente tiene su propio nivel de ansiedad y es necesario personalizar la evolución de enfrentamiento a situaciones. Inicialmente se trabaja con situaciones “virtuales” y grabaciones en video para pasar después a exposiciones “reales”¹⁴.

La reestructuración cognitiva consiste en sesiones terapéuticas de análisis minucioso de los procesos cognitivos para que el paciente tome conciencia y los analice de forma objetiva, a fin de poder modificarlos progresivamente¹⁴.

Las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales son generalmente ejercicios prácticos donde se instruye acerca de cómo entablar una conversación, pedir un servicio o expresar descontento¹⁴.

En cuanto a sus modalidades de aplicación, existen tres tipos: individual, en grupo y, en los últimos tiempos, y con el objetivo de paliar la falta de terapeutas preparados y de reducir costes, a través de internet¹⁵. Como ejemplos de estas modalidades:

Las terapias individuales consisten generalmente en sesiones de aproximadamente 1 hora semanal guiadas por un terapeuta, personalizadas en función de las necesidades y del grado de ansiedad de cada paciente¹⁰.

En las terapias grupales, las técnicas de TCC pueden desarrollarse en sesiones de unas 2 horas semanales con un número de pacientes limitado a 3-4 y con 2 terapeutas, por ejemplo. Esta modalidad permite realizar exposiciones “reales” en el entorno “protegido” del grupo¹⁶.

Por último, las terapias por internet se apoyan normalmente en manuales de “auto-ayuda” enviados vía web en módulos semanales que los pacientes tienen que completar. Los pacientes hacen llegar cada semana los “deberes” a los terapeutas vía e-mail; si los terapeutas consideran que los pacientes han asimilado correctamente la información envían el siguiente módulo, si no, les guían y les dan soporte. A los pacientes se les invita también a participar en discusiones on line como prácticas de exposición¹⁷.

Otras técnicas de posible uso en el tratamiento de la fobia social son las de orientación psicodinámica. La *psicoterapia dinámica* toma como punto de partida los principios del psicoanálisis clásico creado por Freud. De esta manera, el psicoanálisis sería la base teórica y la psicodinamia la parte práctica. Estos principios se basan en la aceptación de mecanismos inconscientes, la importancia de las experiencias infantiles y en los denominados fenómenos de transferencia, contratransferencia y resistencia⁷.

El tratamiento de la fobia social ha ido evolucionando en el tiempo. La farmacoterapia sigue siendo tradicionalmente la primera opción de tratamiento en esta enfermedad, debido probablemente a la promoción de compañías farmacéuticas y a la falta de terapeutas preparados¹⁵, pero cada vez con más frecuencia se recurre y se profundiza en otras terapias. Estas otras terapias, buscan, además de combatir los síntomas, educar, a fin de provocar cambios en el comportamiento y el procesamiento de pensamientos erróneos adquiridos desde edades muy tempranas. Dentro de estas alternativas, las TCC son las de empleo más extendido y han ido adaptándose a las necesidades de los pacientes, desarrollando entre otras técnicas, las de aplicación en grupo o el uso de nuevas tecnologías, como internet, para facilitar el acceso a las mismas y reducir costes.

2. OBJETIVO

El trabajo parte de la hipótesis de que las terapias cognitivo-conductuales (TCC) tienen un efecto positivo en el tratamiento de la fobia social en adultos, con ratios de respuesta superiores a los de otros tratamientos.

Objetivo general: Verificar la efectividad de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) con respecto a otros tratamientos empleados en la fobia social, en adultos (farmacoterapia y otras técnicas de psicoterapia).

Objetivos específicos:

- Analizar la respuesta de las TCC, estudiando sus diferentes modalidades de aplicación (individual, grupal, y por internet).
- Comparar los efectos de las TCC y de otros tratamientos en la fobia social, como terapias de aplicación exclusiva (“monoterapias”) o en sus posibles combinaciones.

3. METODOLOGÍA

Para realizar esta revisión bibliográfica han sido consultadas las **bases de datos**: Pubmed, Cochrane Library Plus y Scopus. También se han consultado libros como “Introducción a la psicopatología y la psiquiatría” y revistas como “The Journal of Clinic Psychiatry”.

Las **palabras clave** utilizadas han sido, para la fobia social: Social phobia (MeSH), Social Anxiety Disorder o SAD, para las TCC: Cognitive-Behavioral Therapy, Cognitive Behavioral Therapy (MeSH) o exposure, para la farmacoterapia: drug o pharmacotherapy (MeSH). Para seleccionar estudios aleatorios controlados o revisiones: random, randomized, randomised, clinical trial, review o meta-analysis (en las bases de datos que no tenían este filtro).

Los artículos se han limitado a los de mayor calidad, publicados desde el 2004 hasta la actualidad, en inglés. Se han incluido ensayos clínicos y revisiones sistemáticas con muestras de personas a partir de los 19 años de edad, de tamaño de muestra mayor a $n=20$. Sólo se han incluido artículos que usan escalas de diagnóstico y medida descritas dentro del apartado diagnóstico. Fueron excluidos los artículos que no cumplieran estos criterios y aquellos de los que no se disponía del texto completo. Las estrategias de búsqueda se reflejan en el algoritmo representado en la figura 1 y en la tabla 1.

De los artículos encontrados en cada búsqueda se hace una revisión y selección de los más adecuados al objetivo de estudio. Los artículos seleccionados se describen en el apartado siguiente.

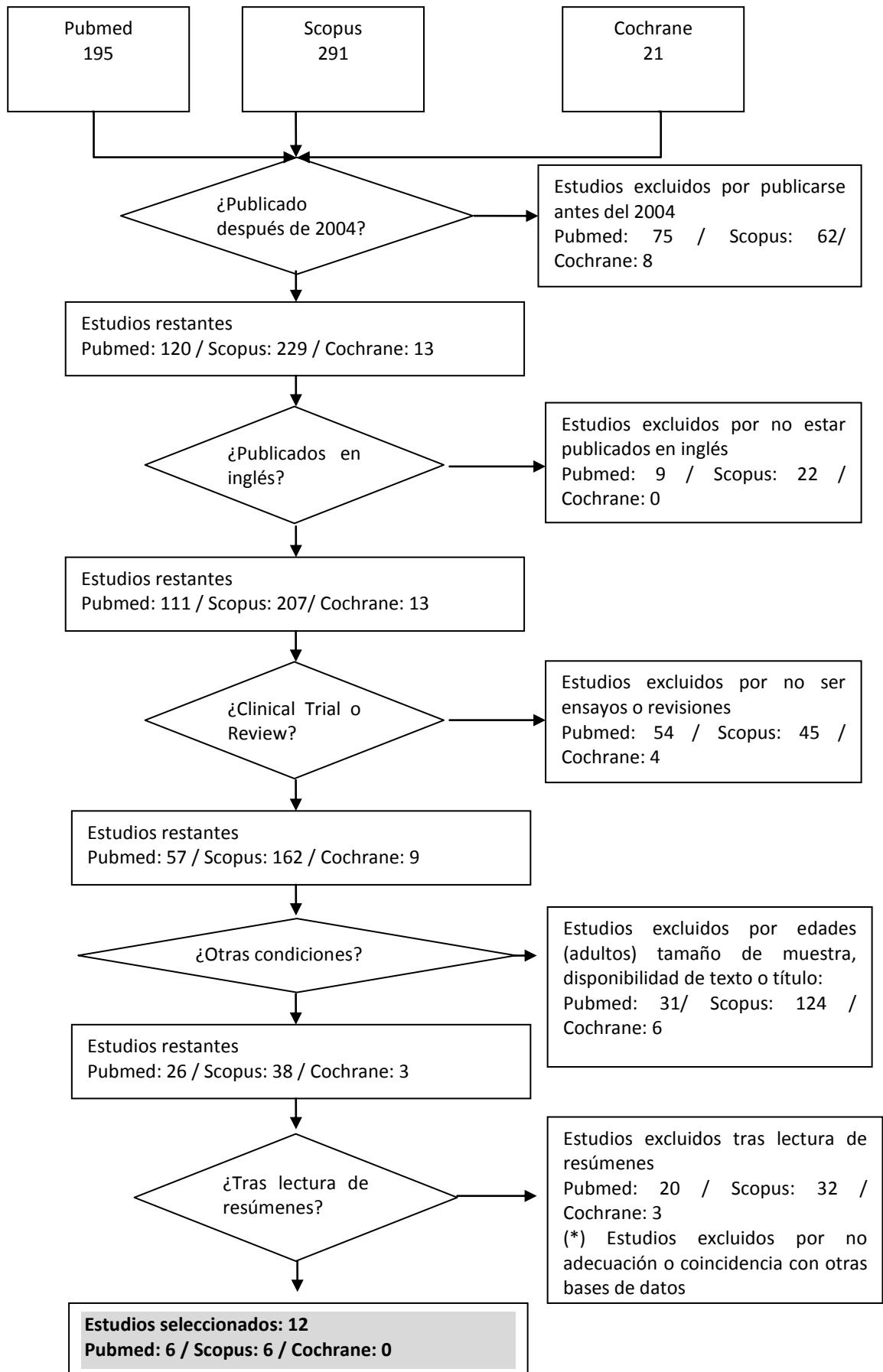


Fig 1 – Algoritmo de búsqueda de artículos

BASE DE DATOS	Palabras clave descriptores y operadores lógicos	Artículos potenciales	Limitadores de búsqueda	Artículos selett.
Pubmed	("social phobia" OR "social anxiety disorder" OR SAD) AND ("cognitive-behavioral therapy" OR "cognitive behavioral therapy" OR exposure) AND (pharmacotherapy OR drug)	195	Article types: <i>Clinical Trial o review</i> Text availability: <i>Full text</i> Publication dates: <i>From 01/01/2004</i> Languages: <i>English</i> Ages: <i>19+ years</i>	6
Cochrane		21	>2004 <i>and (random or randomized or randomized or "clinical trial" or meta-analysis or review)</i>	0
Scopus		291	Keyword: <i>social phobia o cognitive therapy</i> Language: <i>English</i> Year:> <i>2004</i> <i>and (random or randomised or randomized or "clinical trial" or meta-analysis or review)</i>	6

Tabla 1 – Estrategias de búsqueda de artículos

4. RESULTADOS

Los estudios seleccionados y sus características principales se recogen en la tabla 2 y se describen a continuación.

Autor	Estudio	Año idioma y lugar de publicación	Tipo estudio	Población	Escala ppal.	Resultado	Evidencia
Price M, Anderson PL	Latent growth curve analysis of fear during a speech task before and after treatment for social phobia.	2011 EEUU Inglés	ECA (Ensayo clínico aleatorio) controlado	N=51	SUD	Mejora de síntomas de los pacientes con fobia social al tratamiento con TCC.	2
Furukawa TA, Nakano Y, Funayama T, Ogawa S, Ietsugu T, Noda Y	Cognitive-behavioral therapy modifies the naturalistic course of social anxiety disorder: Findings from an ABA design study in routine clinical practices	2013 Japón Inglés	Estudio ABA	N=62	LSAS	Respuesta positiva (<i>reducción de síntomas medidos según la escala de Liebowitz en más de un 30%</i>) de los pacientes con fobia social al tratamiento con TCC grupales.	No procede
Arnberg FK, Linton S J, Hultcrantz M, Heintz E, Jonsson U	Internet-Delivered Psychological Treatments for Mood and Anxiety Disorders: A Systematic Review of Their Efficacy, Safety, and Cost-Effectiveness	2014 Suecia Inglés	Meta - análisis	N= 16 artículos	-	Respuesta positiva de los pacientes con fobia social al tratamiento con TCC administradas por internet. Los resultados obtenidos en las TCC por Internet fueron similares a los de las TCC grupales.	-
Tillfors M, Carlbring P, Furmark T, Lewenhaupt S, Spak M, Eriksson A, et al.	Treating university students with social phobia and public speaking fears: internet delivered self-help with or without live group exposure sessions	2008 Suecia Inglés	ECA controlado	N= 38	LSAS	Las TCC por internet obtienen respuestas positivas sin necesidad de añadir sesiones de exposición al tratamiento. Los resultados obtenidos en las TCC por internet fueron similares a los de las TCC "cara a cara", con la mitad de tiempo invertido por los terapeutas.	3

Leichsenring F, Salzer S, Beutel M E, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J et al.	Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial	2013 Alemania Inglés	ECA controlado	N=495	LSAS	Respuesta positiva de los pacientes con fobia social al tratamiento con TCC y terapias psicodinámicas, con resultados similares a corto plazo.	4
Egger N, Konnopka A, Beutel ME, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, et al.	Short-term cost-effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: Results from the SOPHO-NET trial	2015 Alemania Inglés	ECA controlado	N=495	LSAS ICER	Respuesta positiva de los pacientes con fobia social al tratamiento con TCC y terapias psicodinámicas, con resultados similares. Efectividad de coste incierta en ambas terapias que obtienen resultados mejores que no tratando a los pacientes pero suponen mayor coste.	4
Leichsenring F, Salzer S, Beutel M E, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J et al.	Long-Term Outcome of Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder	2014 Alemania Inglés	ECA controlado	N= 495	LSAS	Respuesta positiva de los pacientes con fobia social al tratamiento con TCC y terapias psicodinámicas, con resultados similares a largo plazo.	4
Mortberg E, Clark D M, Sundin O, Wistedt A	Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial	2007 Suecia Inglés	ECA controlado	N=100	LSAS	Mejores resultados en las TCC individuales que en las TCC grupales y que en farmacoterapia Las TCC grupales y la farmacoterapia obtuvieron resultados similares.	3

Davidson J, Foa E Huppert J, Keefe F, Franklin M, Compton J, Zhao N, et al.	Fluoxetine, Comprehensive Cognitive Behavioral Therapy, and Placebo in Generalized Social Phobia	2004 Inglés	EEUU	ECA controlado	N=295	CGII CGIS SUD	Respuesta positiva al tratamiento con TCC y farmacoterapia (ISRS), con resultados similares. Las terapias combinadas no dieron mejores resultados que las monoterapias. Respuesta con fármacos más rápida. Respuesta de las TCC más duradera con menos efectos secundarios.	5
Hofmann SG, Sawyer AT, Korte KJ, Smits JA	Is it Beneficial to Add Pharmacotherapy to Cognitive-Behavioral Therapy when Treating Anxiety Disorders? A Meta-Analytic Review.	2009 Inglés	EEUU	Meta-análisis	N=3 artículos	-	Las terapias combinadas TCC + farmacoterapia (IMAO / ISRS / benzodiacepinas) no dieron mejores resultados que las monoterapias.	3 – 4 - 3
Rodebaugh TL, Levinson CA, Lenze EJ	A high-throughput clinical assay for testing Drug facilitation of exposure therapy	2013 Inglés	EEUU	ECA	N=34	SUD	Mejora de las TCC combinándolas con el fármaco D-cicloserina.	3
Smits JAJ, Rosenfield D, Otto MW, Marques L, Davisa ML, Meuret AE, et al.	D-cycloserine enhancement of exposure therapy for social anxiety disorder depends on the success of exposure sessions	2013 Inglés	EEUU	ECA controlado	N=145	SUD	Mejora de las TCC combinándolas con el fármaco D-cicloserina sólo si las exposiciones terminan con éxito.	5

Tabla 2 – Selección de artículos. Grado de evidencia según la escala de JADAD (ver Anexo)

Con respecto al objetivo específico de analizar la **efectividad de las TCC, estudiando sus distintas modalidades** se seleccionan 4 artículos: 1 de TCC de aplicación individual, 1 de TCC de aplicación grupal y 2 de TCC aplicadas por internet.

El estudio de Price y Anderson¹¹ analiza la curva de “temor” que sufren los pacientes de fobia social al enfrentarse a actos públicos antes y después de haberse sometido a una TCC, para estudiar cómo afecta esta última a los patrones de ansiedad en estas situaciones. Para ello, a los 51 pacientes incluidos en el estudio (con diagnóstico primario de fobia social, la mayoría sin otros trastornos comórbidos y con tratamiento farmacológico estabilizado con 3 meses de antelación) se les dividió en 3 grupos aleatoriamente: 2 grupos de tratamiento con TCC (uno de exposición virtual y otro de exposición *in vivo*) y otro sin tratar denominado como grupo en “lista de espera”. Como medida se usaron ratios SUD a lo largo de una exposición pública de 10 minutos, antes, durante y después del tratamiento. Los datos obtenidos mostraban que tras el tratamiento, los niveles de ansiedad que se alcanzaban eran más bajos tanto en la fase anticipatoria como durante la confrontación y que el nivel de ansiedad bajaba durante la fase de desarrollo en lugar de seguir aumentando o mantenerse como ocurría en el pre-tratamiento. En ambos tratamientos los niveles que se alcanzaron fueron parecidos.

El estudio de Furukawa et al.¹⁶ busca demostrar la eficacia de las TCC en la práctica, mediante el seguimiento de la sintomatología y las funciones sociales de los pacientes 6 meses antes del tratamiento, durante los 6 meses de tratamiento y un año después. En el estudio ABA, donde A representa el periodo con tratamiento habitual o sin tratamiento y B el periodo en tratamiento con TCC, se incluyeron 62 pacientes de los cuales 46 completaron al menos 9 sesiones de TCC grupales, que se consideraban el mínimo para obtener resultados. Los datos mostraron un descenso en la severidad de la fobia social en todas las escalas tras el tratamiento, (con una reducción de en torno al 30% en la LSAS) y un ligero ascenso o mantenimiento en los meses posteriores.

La revisión de Arnberg et al.¹⁸ trata de evaluar la eficacia de las TCC administradas por internet (iTCC) en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, en relación a los tratamientos farmacológicos convencionales en términos de coste y de efectos adversos. El artículo busca evidencias de la efectividad de internet como proveedor de tratamientos. De los 40 análisis

incluidos en el estudio 16 se correspondían con el trastorno de fobia social. De uno de los análisis se obtenía que las iTCC eran superiores a las TCC grupales, pero el estudio era de evidencia baja debido a su imprecisión por tamaño de muestra. 8 de los estudios comparaban las iTCC con grupos en “listas de espera” obteniéndose resultados positivos con un grado de evidencia moderado debido a limitaciones de los estudios. En cuanto a estudios a largo plazo sugerían que los efectos se mantenían de 1 a 5 años pero eran calificados de grado de evidencia muy bajo debido a su imprecisión y al riesgo de sesgo. No se obtuvieron conclusiones de evidencias de efectividad de coste.

El estudio de Tillfors et al.¹⁷ es una ampliación de estudios previos que analizaban la alternativa de tratamiento de TCC para la fobia social a través de internet. Los resultados de estos estudios evidenciaban el mismo grado de efectividad que las terapias administradas “cara a cara”. El estudio se centraba en este caso en el contexto de estudiantes universitarios que podrían tener problemas a la hora de encontrar trabajo debido a su enfermedad, que incluso podría influir en el abandono prematuro de los estudios. El objetivo del estudio era comparar la efectividad de los tratamientos por internet sin y con sesiones de exposición, partiendo de la hipótesis de que el tratamiento con sesiones de exposición mejoraría los resultados. No se admitieron en el estudio pacientes que estuvieran recibiendo otras terapias y se estabilizó la dosis de medicación a lo largo del estudio. Los 38 estudiantes incluidos en el ensayo fueron divididos aleatoriamente en 2 grupos de tratamiento de 9 semanas por internet, uno de los grupos con 5 sesiones de exposición y el otro sin sesiones de exposición. Para las medidas se pasaron a los estudiantes cuestionarios previos al tratamiento, posteriores al mismo y al cabo de 1 año. La principal escala utilizada fue la LSAS. El tiempo que invirtieron los terapeutas fue de 5,25 horas, aproximadamente la mitad que en una TCC “cara a cara” de 9 semanas (9 horas). No se obtuvieron diferencias significativas entre los 2 grupos.

En relación a la **comparativa de las TCC con respecto a otras terapias** se seleccionan 3 estudios de comparación con terapias psicodinámicas y 2 estudios de comparación con farmacoterapia como “monoterapias” y 3 estudios más de **TCC combinadas con fármacos**.

El ensayo aleatorio controlado de Leichsenring et al.⁶ analiza los efectos de las TCC y de las terapias psicodinámicas en la fobia social, a corto plazo. Los 495 pacientes incluidos en el estudio, de entre 18 y 70 años y con un diagnóstico

primario de fobia social (algunos con otros trastornos psiquiátricos comórbidos menos severos, para contar con una muestra significativa) se dividieron en una relación 3:3:1 en 3 grupos: uno de tratamiento psicodinámico, otro de tratamiento con TCCs y otro sin tratar en “lista de espera”. A los 2 grupos de terapias se les impartieron 30 sesiones individuales de 50 minutos a lo largo de 6 meses. Las evaluaciones fueron realizadas por profesionales “ciegos” que desconocían el tratamiento aplicado en cada caso. Para evitar sesgos se realizó un “análisis por intención de tratar”. De los pacientes en tratamiento psicodinámico el 52% respondió al tratamiento y el 26% remitió. De los pacientes en TCC el 60% respondió al tratamiento y el 36% remitió. De los pacientes en “lista de espera” el 15% mejoró y el 9% remitió en el tiempo que duraron los tratamientos. Un 40% de los pacientes no respondió a ninguno de los tratamientos.

El artículo de Egger et al.¹⁹ estudia el impacto económico de las TCC y de las terapias psicodinámicas en el tratamiento de la fobia social, a corto plazo, teniendo en cuenta tanto los costes directos de la intervención, como los indirectos (por pérdidas de productividad en el trabajo debidas a bajas laborales, por ejemplo...), con el objetivo de buscar la alternativa más eficiente. Para ello se partió del análisis realizado por Leichsenring et al.⁶ con 495 pacientes divididos en 3 grupos, 2 de los cuales sometidos a 6 meses de tratamiento psicodinámico o cognitivo conductual y otro en “lista de espera” en una relación 3:3:1. Como en el estudio anterior, los evaluadores eran “ciegos” al tratamiento y el análisis fue “por intención de tratar” para evitar sesgos. Los costes se midieron en términos de utilización de los servicios de salud (tratamientos, transportes,... como costes directos) y en número de días de bajas laborales y de reducción de productividad en puesto de trabajo valorado subjetivamente por los participantes (como costes indirectos). El cálculo de la efectividad de coste se hizo en base a ICERs (incremental cost-effectiveness ratios) que se basan en que si el tratamiento cuesta menos y es más eficaz, el tratamiento es efectivo en costes, si es más eficaz pero a su vez tiene mayor coste, la efectividad de costes dependerá de la disposición de la sociedad a pagar por él. En cuanto a los resultados, las TCC presentaron un mayor nivel de respuesta con un 60% pero a su vez mayor coste (6.100€ aprox. los 6 meses de terapia en Alemania). Las terapias psicodinámicas tuvieron una respuesta del 50% con un coste algo menor (5.800 € aprox.). Los pacientes en “lista de espera” fueron los que menor respuesta tuvieron con un 15%, pero con el menor coste de todos (4.700€ aprox.).

El segundo estudio seleccionado de Leichsenring et al.²⁰ analiza los efectos de las TCC y de las terapias psicodinámicas en la fobia social, a largo plazo. Para ello, se cogieron los mismos 495 pacientes diagnosticados de fobia social del estudio anterior de Leichsenring et al.⁶ divididos en los 3 grupos de TCC, tratamiento psicodinámico o “lista de espera” durante 6 meses y se tomaron medidas de LSAS antes del tratamiento, en las semanas 8 y 15 de tratamiento, tras el tratamiento y 6, 12 y 24 meses después del tratamiento. Como en los 2 estudios anteriores, los evaluadores eran “ciegos” al tratamiento y el análisis fue “por intención de tratar” para evitar sesgos. Los resultados mostraron unos ratios de respuesta de en torno al 60-70% y de remisión del 30-40% en las mediciones en ambos tratamientos, algo por debajo en el tratamiento psicodinámico. Los ratios de respuesta y de remisión se mantuvieron estables a lo largo del tiempo.

El trabajo de Mortberg et al.¹⁰ es un estudio aleatorio controlado que compara los tratamientos de TCC grupales e individuales con el tratamiento convencional farmacológico (fármaco en función del diagnóstico personalizado de cada paciente. Fundamentalmente ISRSs, en aprox. el 80% de los casos). 100 pacientes fueron asignados a uno de los 3 grupos aleatoriamente y los tratamientos fueron de 16 sesiones en las TCC con sesiones de refuerzo a los 4, 8 y 12 meses y 12 meses de medicación, con evaluaciones previas al tratamiento y a los 4, 8 y 12 meses. Para la medición se usó la Social Phobia Composite (generada a partir de la media de 5 escalas de medida, entre las que está la LSAS). Se realizó un “análisis por intención de tratar” para evitar sesgos. Las medidas pretratamiento fueron iguales en todos los grupos aproximadamente. Durante el proceso las medidas mejoraron en todos los tratamientos. En términos de LSAS: en el pretratamiento los resultados fueron de 81,8 en el grupo de terapias individuales, 68,1 en grupales y 71,8 en el grupo de tratamiento convencional. A los 4 meses estos resultados fueron de 51,3, 52,5 y 65,5 respectivamente, a los 8 49,1 49,6 y 63,8 y al cabo de un año 44,2 47,7 y 62,5. Los datos indicaron que el tratamiento más efectivo era el de las TCC individuales, seguido por el de las TCC grupales y los tratamientos convencionales con resultados parecidos. 3 semanas de TCC grupal tuvo aproximadamente el mismo efecto que un año de medicación.

En el estudio aleatorio “doble ciego” de Davidson et al.¹² se comparan los efectos de la fluoxetina (uno de los fármacos ISRS, los más utilizados en este trastorno) con los de la TCC grupal y la combinación de ambos tratamientos. Los

295 pacientes seleccionados se dividieron en 5 grupos de tratamientos de 14 semanas: ISRS (fluoxetina), TCC Grupal, Placebo, ISRS+TCC Grupal, Placebo+TCC Grupal. Las escalas de medida que se utilizaron fueron la BSPS (Brief Social Phobia Scale) de 18 ítems relacionados con síntomas de ansiedad, evitación y psicológicos, la CGII y la CGIS. Se tomaron medidas las semanas 4,8 y 14. Los pacientes evaluaron en SUDs 3 momentos de 3 escenarios de 3 minutos (iniciar una conversación con un extraño, negarse a algo e improvisar un discurso), ante la propuesta del escenario (punto de referencia), antes de iniciar el escenario (ansiedad anticipatoria) y después (“secuela”). Se realizó un “análisis por intención de tratar” para evitar sesgos. En todas las escalas los ratios de respuesta que se obtuvieron fueron similares en las monoterapias y en la combinada con placebo, superiores en la combinada ISRS+TCC Grupal y muy por encima de los de placebo. La terapia con ISRS presentó los arranques más rápidos, mientras que las TCC mantuvieron los efectos a largo plazo. Las terapias combinadas no presentaron mayores ventajas. Se observaron más efectos adversos en farmacoterapia.

La revisión de Hofman et al.²¹ analiza terapias combinadas en los trastornos de ansiedad y busca determinar los beneficios de añadir farmacoterapia a las TCC. Entre los estudios seleccionados en esta revisión se incluían 3 de fobia social con los siguientes fármacos combinados: buspirona (ansiolítico), fluoxetina (ISRS) y moclobemida (MAOr). De estos 3 estudios los 2 últimos eran de después del 2004 y con un tamaño de muestra mayor de 20. A corto plazo, los estudios reflejaban un efecto mayor en TCC combinadas con farmacoterapia frente a TCC sin farmacoterapia, en el trastorno de pánico y un efecto medio en el trastorno de angustia generalizada, pero se observaba un efecto pequeño en el trastorno obsesivo compulsivo y en la fobia social. A 6 meses vista el efecto de las TCC con y sin farmacoterapia era prácticamente igual en todos los casos.

De los fármacos analizados en terapias combinadas, los receptores NMDAr (N-Methyl-d-Aspartate) como la d-cicloserina (DCS), han demostrado que influyen en la extinción del aprendizaje, por lo que su uso en conjunto con TCC podría potenciarlas en trastornos como la fobia social. El informe de Rodebaugh et al.²² evalúa un método para comprobar la efectividad de este fármaco, en una terapia de exposición, así como la dosis y el momento más adecuados para su uso, de forma rápida y con un menor coste que un ensayo clínico completo. Se trataba de medir en 2 exposiciones grabadas en video el efecto de la DCS mediante la

valoración por parte de los pacientes del nivel de ansiedad en términos de SUDs cada 2 minutos de la exposición y de la SPS (Social Phobia Scale) al final de las mismas. Para ello los 34 pacientes diagnosticados de fobia social con LSAS>30 y miedo a hablar en público incluidos en el estudio se dividían aleatoriamente en 2 grupos, uno tratado con DCS (250 mg) y el otro con placebo previamente a las exposiciones. Los participantes desconocían el grupo al que pertenecían. Las exposiciones fueron personalizadas (más o menos cortas) en función del grado de ansiedad de los pacientes para alcanzar un SUD de partida de 75 en cada participante. Para evitar sesgos de información únicamente se analizaron los datos de los pacientes que completaron las 2 exposiciones. Los resultados mostraron un descenso de los SUDs a en torno 50 en la segunda exposición en el grupo tratado con DCS mientras que en el grupo tratado con placebo los SUDs se mantenían. Lo mismo ocurría con los niveles de la SPS.

El estudio de Smits et al.²³ busca el desarrollo de un algoritmo de uso de la DCS en tratamientos combinados con TCC para aumentar su efecto y parte de la hipótesis de que la efectividad de este tratamiento combinado, depende del éxito de la exposición. Para comprobar esta hipótesis 145 pacientes de fobia social, LSAS>60 y no medicados, se dividieron en 2 grupos para participar en una terapia de 12 sesiones con 5 exposiciones, a uno de los grupos se le dio 50 mg de DCS 1 h antes de las exposiciones y al otro grupo, placebo. A los participantes se les pidió que evaluaran el nivel de ansiedad antes y después de la exposición y la ansiedad pico durante la misma en términos de SUDs. Como escalas de medida, de mejora y severidad tras el tratamiento, se utilizaron la CGI-I y la CGI-S. Se analizaron sólo los resultados de los pacientes con datos, para evitar sesgos de información. Los resultados mostraron a nivel de CGI-I que para participantes con nivel de ansiedad 0 al final de la sesión los pacientes tratados con DCS presentaban una mejora con respecto a los tratados con placebo, esta mejora prácticamente se igualaba en los participantes con nivel de ansiedad 50 al final de la sesión y se invertían cuando el nivel de ansiedad de la sesión era de 70, de lo que se podía deducir que es mejor emplear DCS al final de la exposición en lugar de al principio de forma que su uso se limite a exposiciones finalizadas con un nivel de ansiedad bajo.

DISCUSIÓN

La búsqueda de estudios para verificar la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) en el tratamiento de la fobia social, en pacientes adultos, frente a otras terapias, objeto de esta revisión, ha dado lugar a resultados heterogéneos. Aunque se han encontrado estudios que confirman que las TCC tienen un efecto positivo, tal y como se consideraba en la hipótesis de partida, no se han encontrado evidencias de resultados superiores a otros tratamientos. A continuación se presenta la información de los artículos seleccionados que se considera cubren todos los aspectos de abordaje de esta revisión: Efectividad de las TCC (tratar vs. no tratar), estudiando sus distintas modalidades de aplicación y comparación de tratamientos, bien como terapias de aplicación exclusiva (“monoterapias”) o como combinación de las mismas.

En primer lugar, en lo referente a la **efectividad de las TCC** comparando los efectos de tratar vs. no tratar, los estudios demuestran que existe un efecto positivo de su aplicación. Así lo han objetivado Leichsenring et al.⁶ (superioridad en los ratios de remisión y respuesta) y Price et al.¹¹ (reducción de los niveles de ansiedad en exposiciones públicas).

Analizando las **distintas modalidades de aplicación de las TCC**, con respecto a la terapia grupal, el estudio de Furukawa et al.¹⁶ observa una mejora de los síntomas y el mantenimiento de los efectos positivos un año después del tratamiento. Por otra parte, el estudio de Mortberg et al.¹⁰ revela que son menos efectivas que las TCC individuales, señalando, como probable causa, la posibilidad de una mayor personalización de la terapia en estas últimas.

En lo que se refiere a la aplicación por internet, esta opción se plantea como solución a la falta de profesionales cualificados y la reducción de costes. El meta-análisis de Arnberg et al.¹⁷ encuentra una evidencia moderada en la efectividad a corto plazo y una evidencia baja a largo. Por su parte, en el estudio de Tillfors et al.¹⁸ destaca la efectividad de coste de esta terapia, por el ahorro de tiempo invertido por los terapeutas, que supone aproximadamente la mitad que en una terapia cognitivo-conductual “cara a cara”, para obtener resultados similares. En este último estudio, hay que tener en cuenta, que el análisis se centra en estudiantes universitarios con una presunta alta capacidad de asimilación y aprendizaje.

Respecto a la aplicación de **otros métodos de tratamiento**, en cuanto las psicoterapias de corte psicodinámico, como alternativa más frecuente a las TCC, se ha comprobado que los resultados tanto a corto plazo (Leichsenring et al.⁶) como a largo plazo son similares (Leichsenring et al.²⁰). También es equiparable la efectividad de coste de ambas terapias, según los datos del estudio de Egger et al.¹⁹, aunque esta efectividad de coste es incierta en ambos casos, ya que, las 2 terapias obtienen mejores resultados pero suponen un coste mayor que la opción de no tratar.

En relación a la farmacoterapia, los resultados son dispares. Para Yoshinaga et al.¹⁵ las TCC tienen efectos más duraderos, menos efectos secundarios, menores ratios de recaída y mayor aceptación. En los estudios de Davidson et al.¹² y de Mortberg et al.¹⁰ los resultados obtenidos para ambos grupos eran similares, con arranques más rápidos en la farmacoterapia y efectos más duraderos en las TCC, según el primero.

Por último, ante el fracaso de diversas terapias, algunos pacientes precisan de una **combinación de técnicas** para aumentar el efecto de las mismas. En general, la asociación de TCC con fármacos que se utilizan en la fobia social (ISRS; MAORs,...) no ha demostrado ser más efectiva a largo plazo que la aplicación por separado (salvo en la fase aguda según el estudio de Hofmann et al.²¹). Como alternativa, estudios con el fármaco DCS (efecto ansiolítico) debido a su implicación en el aprendizaje, han demostrado su efectividad en combinación con técnicas de exposición^{22,23}.

Las diferencias culturales de los países estudio incluidos en la revisión, es una limitación variable que puede dar lugar a resultados no siempre extrapolables.

La mayoría de estudios admiten, además, pacientes que toman medicación y pacientes con otras enfermedades psiquiátricas comórbidas, para no mermar el tamaño de muestra, por lo que los resultados podrían estar distorsionados.

La escasez de artículos de análisis a largo plazo, impide extraer conclusiones sobre la duración y estabilidad de los tratamientos.

Hay que contar, además, con el altísimo porcentaje de falta de respuesta a cualquier tratamiento (en las TCC y en la terapia psicodinámica un 40-48%, por ejemplo⁶).

Los resultados obtenidos en esta revisión no permiten por tanto respaldar el uso de las TCC frente a otros posibles tratamientos en la fobia social y sugieren el uso de las distintas terapias en base a la situación personal y las posibilidades y preferencias de los pacientes. Por otra parte, el trabajo pone de manifiesto que, aunque la modalidad de aplicación individual de las TCC es la más efectiva, el desarrollo de nuevas técnicas a través de internet está dando también buenos resultados.

Para terminar y teniendo en cuenta estos datos obtenidos en las TCC suministradas vía internet, parecería interesante profundizar en la investigación de nuevas posibles técnicas, que cubran la falta de respuesta de los tratamientos actuales.

6. CONCLUSIÓN

A la vista de todo lo anteriormente expuesto, se extrae que no hay resultados concluyentes respecto al beneficio de una terapia respecto de otras, y que depende mayoritariamente de la situación y la predisposición individual del paciente.

La selección de la muestra y el diseño de los estudios, han podido condicionar los resultados.

Dadas las importantes implicaciones de esta patología en la sociedad actual, no sólo como un problema de salud, sino también desde un enfoque económico y social, sería adecuado invertir más en el desarrollo de nuevas técnicas (como las aplicadas vía internet), a la vista de las posibilidades de mejora que se evidencian de las actuales.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Heimberg R. Current Status of Psychotherapeutic Interventions for Social Phobia. J Clin Psychiatry [Internet]. 2001 [citado 15 Mar 2015]; 62(1):36-42. Disponible en: <http://www.psychiatrist.com/JCP/article/layouts/ppp.psych.controls/BinaryViewer.ashx?Article=/JCP/article/Pages/2001/v62s01/v62s0107.aspx&Type=Article>
- 2 Anxiety disorders in: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- 3 Wancata J, Fridl M, Friedrich F. Social Phobia: Epidemiology and Health Care. Psychiatria Danubina [Internet]. 2009 [Citado 26 Abr 2015]; 21:520–524. Disponible en: http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol21_no4/dnb_vol21_no4_5_20.pdf
- 4 Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc) [Internet]. 2006 [Citado 26 Abr 2015]; 126: 445-451. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-los-trastornos-mentales-factores-13086324#elsevierItemBibliografias>
- 5 Fink M, Akimova E, Spindelegger C, Hahn A, Lanzenberger R, Kasper S. Social Anxiety Disorder: Epidemiology, Biology and Treatment. Psychiatria Danubina [Internet]. 2009 [Citado 26 Abr 2015]; 21:533–542. Disponible en: http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol21_no4/dnb_vol21_no4_5_33.pdf
- 6 Leichsenring F, Salzer S, Beutel M, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, et al. Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial. Am J Psychiatry [Interne]. 2013 [Citado 17 Mar 2015];170(11):759-767. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2013.12081125>
- 7 J.Vallejo Ruiloba. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011

8 Culpepper L. Social anxiety disorder in the primary care setting (Review). J Clin Psychiatry [Internet]. 2006 [citado 23 Mar 2015]; 67 (12):31-37. Disponible en: <http://www.psychiatrist.com/JCP/article/layouts/ppp.psych.controls/BinaryViewer.ashx?Article=/JCP/article/Pages/2006/v67s12/v67s1206.aspx&Type=Article>

9 Muller JE, Koen L, Seedatand S, Stein DJ. Social Anxiety Disorder. Current Treatment Recommendations. CNS Drugs [Internet]. 2005 [Citado 1 May 2015]; 19: 377-391. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.2165/00023210-200519050-00002/fulltext.html>

10 Mortberg E, Clark DM, Sundin O, Aberg Wistedt A. Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2007 [citado 31 Mar 2015]; 115: 142–154. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2006.00839.x/full>

12

11 Price M, Anderson PL. Latent growth curve analysis of fear during a speech task before and after treatment for social phobia. Behav Res Ther [Internet]. 2011 [citado 18 Mar 2015]; 49 (11): 763-770. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796711001835>

12 Davidson J, Foa E, Huppert J, Keefe F, Franklin M, Compton J, Zhao N, et al. Fluoxetine, Comprehensive Cognitive Behavioral Therapy, and Placebo in Generalized Social Phobia. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2004 [citado 26 Mar 2015];61(10):1005-1013. Disponible en: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=482074#METHODS>

13 Blanco C, Schneier F, Okuda M, Liebowitz M. Psychopharmacology for Social Anxiety Disorder. Social Anxiety. 2da ed. Elsevier;2010. p. 489-518.

14 Pelissolo A. Thérapies comportementales et cognitives des phobies sociales : programmes classiques et nouvelles approches. Annales Médico-Psychologiques. 2014 [Citado 1 May 2015]; 170: 289–292. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448712000923>

15 Yoshinaga N, Niitsu T, Hanaoka H, Sato Y, Ohshima F, Matsuki S, et al. Strategy for treating selective serotonin reuptake inhibitor-resistant social anxiety disorder in the clinical setting: a randomised controlled trial protocol of cognitive

behavioural therapy in combination with conventional treatment. *BMJ Open* [Internet]. 2013 [citado 27 Mar 2015]; 3(2): 002242. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/2/e002242.long>

16 Furukawa T A, Nakano Y, Funayama T, Ogawa S, Ietsugu T, Noda Y et al. Cognitive-behavioral therapy modifies the naturalistic course of social anxiety disorder: Findings from an ABA design study in routine clinical practices. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* [Internet]. 2013 [citado 21 Mar 2015]; 67 (3): 139-147. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pcn.12035/full>

17 Tillfors M, Carlbring P, Furmark T, Lewenhaupt S, Spak M, Eriksson A, et al. Treating university students with social Phobia and public speaking fears: internet Delivered self-help with or without live Group exposure sessions. *Depression and Anxiety* [Internet]. 2008 [citado 9 Abr 2015]; 25:708–717. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.20416/pdf>

18 Arnberg F K, Linton S J, Hultcrantz M, Heintz E, Jonsson U. Internet-Delivered Psychological Treatments for Mood and Anxiety Disorders: A Systematic Review of Their Efficacy, Safety, and Cost-Effectiveness. *PLoS ONE* [Internet]. 2014 [citado 9 Abr 2015]; 9(5): e98118. doi:10.1371/journal.pone.0098118. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0098118>

19 Egger N, Konnopka A, Beutel ME, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, et al. Short-term cost-effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: Results from the SOPHO-NET trial. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2015 [Citado 29 Abr 2015]; 180: 21–28. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715001767>

20 Leichsenring F, Salzer S, Beutel M, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, et al. Long-Term Outcome of Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder. *Am J Psychiatry* [Interne]. 2014 [Citado 12 Abr 2015]; 171:1074-1082. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2014.13111514>

21 Hofmann SG, Sawyer AT, Korte KJ. Is it Beneficial to Add Pharmacotherapy to Cognitive-Behavioral Therapy when Treating Anxiety Disorders? A Meta-

Analytic Review. *Int J Cogn Ther*, 2009; 2:160-175. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2732196/>

22 Rodebaugh T L, Levinson C A, Lenze E J. A high-throughput clinical assay for testing

Drug facilitation of exposure therapy. *Depression and anxiety* [Internet]. 2013 [citado 5 Abr 2015]; 30:631–637. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.22047/full>

23 Smits J A J, Rosenfield D, Otto M W, Marques L, Davisa M L, Meuret A E, et al. D-cycloserine enhancement of exposure therapy for social anxiety disorder depends on the success of exposure sessions. *Journal of Psychiatric Research* [Internet]. 2013 [citado 6 Abr 2015]; 47: 1455-1461. Disponible en: [http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/S0022-3956\(13\)00203-3/fulltext](http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/S0022-3956(13)00203-3/fulltext)

ANEXOS

Clasificación trastornos de ansiedad (DSM V) ²

- TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACION 309.21 (F93.0)
- MUTISMO SELECTIVO 313.23 (F94.0)
- FOBIA ESPECÍFICA
 - Codificar basándose en el estímulo fóbico:
 - 300.29 (F40.218) Animal (p. ej., arañas, insectos, perros)
 - 300.29 (F40.228) Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua)
 - 300.29 (F40.23x) Sangre-inyección-herida (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos)
 - Nota de codificación: Seleccionar el código CIE-10-MC específico como sigue: F40.230 miedo a la sangre; F40.231 miedo a las inyecciones y transfusiones; F40.232 miedo a otra atención médica; o F40.233 miedo a una lesión.
 - 300.29 (F40.248) Situacional (ascensor, avión, sitios cerrados,...)
 - 300.29 (F40.298) Otra (p. ej., situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, p. ej., sonidos ruidosos o personajes disfrazados)
- **TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (FOBIA SOCIAL) 300.23 (F40.10)**
- TRASTORNO DE PANICO 300.01 (F41.0)
- AGORAFOBIA 300.22 (F40.00)
- TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA 300.02 (F41.1)
- TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS /
MEDICAMENTOS
- TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A OTRA AFECCION MEDICA
293.84 (F06.4)
- OTRO TRASTORNO DE ANSIEDAD ESPECIFICADO 300.09 (F41.8)
- OTRO TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO 300.00 (F41.9)

Criterios para el diagnóstico del F40.1 Fobia Social (300.23)²

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que ese temor es excesivo o irracional. Nota: en los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar internos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temo descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p.ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si: Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).”

Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)

Fear or anxiety: 0 = None; 1 = Mild; 2 = Moderate; 3 = Severe

Avoidance: 0 = Never (0%); 1 = Occasionally (1-33%); 2 = Often (33-67%); 3 = Usually (67-100%)

		Fear or Anxiety	Avoidance
1	Telephoning in public (P)		
2	Participation in small groups (P)		
3	Eating in public places (P)		
4	Drinking with others in public places (P)		
5	Talking to people in authority (S)		
6	Acting, performing or giving a talk in front of an audience (P)		
7	Going to a party (S)		
8	Working while being observed (P)		
9	Writing while being observed (P)		
10	Calling someone you don't know very well (S)		
11	Talking with people you don't know very well (S)		
12	Meeting strangers (S)		
13	Urinating in a public bathroom (P)		
14	Entering a room where others are already seated (P)		
15	Being the center of attention (S)		
16	Speaking up at a meeting (P)		
17	Taking a test (P)		
18	Expressing a disagreement or disapproval to people you don't know very well (S)		
19	Looking at people you don't know very well in the eyes (S)		
20	Giving a report to a group (P)		
21	Trying to pick up someone (P)		
22	Returning goods to a store (S)		
23	Giving a party (S)		
24	Resisting a high pressure salesperson (S)		

Escala de JADAD (evidencia)

La escala de JADAD es la escala más utilizada para la evaluación de la calidad metodológica de los ensayos clínicos. La valoración del estudio se hace a partir de un cuestionario de 5 preguntas:

1 ¿El estudio se describe como randomizado (=aleatorizado)?

Sí= 1 punto; No= 0 puntos.

2 ¿Se describe el método utilizado para generar la secuencia de randomización y este método es adecuado?

Sí= 1 punto; No= 0 puntos; el método es inadecuado= -1 punto.

3 ¿El estudio se describe como doble ciego?

Sí= 1 punto; No= 0 puntos.

4 ¿Se describe el método de cegamiento (=enmascaramiento) y este método es adecuado?

Sí= 1 punto; No= 0 puntos; el método es inadecuado= -1 punto.

5 ¿Hay una descripción de las pérdidas de seguimiento y los abandonos?

Sí= 1 punto; No= 0 puntos.

A mayor puntuación, mayor calidad metodológico. Se consideran de baja calidad los estudios de menos de 3 puntos.