

## Fobia social (Trastorno de ansiedad social): Aspectos clínicos y psicofarmacológicos

Dra. Fior Solís de Méndez,\* Dr. José A. Saviñón Tirado,\*\*  
Dr. Rafael O. Johnson Rodríguez\*\*\*

\* Pte. Soc. Dominicana de Psiquiatría Biológica.

\*\* Pte. Colegio Dominicano de Neuropsicofarmacología.

\*\*\* Miembro Colegio Dominicano de Neuropsicofarmacología.

### RESUMEN

La fobia social es un trastorno que ha cobrado importancia y ha sido objeto de numerosas investigaciones en las últimas dos décadas. Este término, introducido por Janet (1903) y rescatado por Marks (1969), tomó identidad propia con el DSM III (1980). Presenta una prevalencia de por vida de 13.3% haciendo de éste uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Su comorbilidad con otros trastornos es un factor que acentúa las dificultades en su manejo.

Las benzodiacepinas más estudiadas en este trastorno son el alprazolam y clonazepam, no obstante, hacen falta estudios adicionales que determinen los verdaderos resultados.

Consideran a los IMAO tradicionales como una opción limitada a casos no respondientes. En relación con los RIMA: la moclobemida ofrece resultados muy contradictorios, mientras que la brofaromina parece brindar perspectivas más alentadoras. Los ISRS parecen apuntar a ser el tratamiento de primera elección, siendo estudiados hasta la fecha fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina y citalopram. De éstos, el más citado en la literatura consultada es la paroxetina, coincidiendo los investigadores en su seguridad y eficacia. Otros ISRS mencionados arrojan también resultados favorables en diferentes trabajos presentados en la presente revisión bibliográfica.

Reafirman el limitado uso de los betabloqueadores, las insuficientes investigaciones con los tricíclicos, la posibilidad de que la bupiriona responda para esta entidad en dosis elevadas y los beneficios de esta última en asociación con ISRS, y los favorables resultados de la venlafaxina y los posibles beneficios del bupropión, clonidina y nefazodone.

**Palabras clave:** Fobia social (trastorno de ansiedad social), benzodiacepinas de alta potencia, antidepresivos y betabloqueadores.

*Social phobia (social anxiety disorder):  
Clinic and psychopharmacological aspects*

### ABSTRACT

*Social phobia is a disorder which is gaining importance and has been subject to countless investigations in the last two decades. This term, which was introduced by Janet (1903), and was rescued by Marks (1969), took its own identity after the DSM III (1980). It presents a life-long prevalence of 13.3%, and is one of the most frequent psychiatric disorders. Its co-morbidity with other disorders is a factor that comes to increase the difficulties in its management.*

*Alprazolam and clonazepam are the benzodiazepines, which have been more frequently studied in connection with this kind of disorder; however, additional studies are required to determine their real results.*

*Traditional MAOIs are considered as a limited option in non-responding cases. Moclobemide presents highly contradictory results respecting RIMAs, brofaromina seeming to point to offer more encouraging results. SS-RIs seem to be the first choice treatment, fluoxetine, paroxetine, sertraline, fluvoxamine and citalopram having been studied so far. Paroxetine is the one most frequently referred and consulted in medical literature, researchers being in agreement about its safety and efficacy. Favorable results have also been remarked with other SSRIs mentioned in the different studies presented in this bibliographical review.*

*These come to reaffirm the limited use of betablockers, the insufficiency of research with tricyclics, the possibility of bupirone responding to this entity in high doses and the benefits of bupropion, clonidine and nefazadone are also reported.*

**Key words:** Social phobia (social anxiety disorder), high potency benzodiazepines, antidepressants and beta-blockers.

La fobia social es un trastorno que ha cobrado importancia y ha sido objeto de múltiples investigaciones en estas últimas dos décadas.

Siguiendo a Vallejo (1993) podemos decir que el término de fobia social fue introducido por Pierre Janet en 1903, rescatado por Marks en 1969 y tomó identidad propia en 1980 con el DSM III, en los cuales los planteamientos estipulados se hallarían muy cerca de todo lo que representaba la ansiedad de ejecución; con el DSM III-R se propuso una descripción literal más amplia, donde se incluyen formas más generalizadas de miedos sociales, que en ocasiones representan una frontera imprecisa con el trastorno de personalidad por evitación. De esta forma, las fobias sociales quedan internamente clasificadas en una forma generalizada y otra no generalizada. Esta distinción tiene un valor terapéutico y pronóstico fundamental.<sup>1</sup> Con la presencia del DSM IV, los cambios registrados nos dicen que este trastorno subsume el trastorno por evitación de la infancia del DSM III-R, habiendo sido modificados los criterios para incluir presentaciones infantiles.<sup>2</sup>

La característica esencial de este trastorno es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales y a actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas, produciendo casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, o puede tomar forma de un ataque de pánico situacional, reconociendo, quien lo padece, que este temor resulta excesivo o irracional y convirtiendo sus experiencias sociales en motivo de evitación. Aunque en otras ocasiones puede soportarlas teniendo sumo terror, esto repercute en las actividades del individuo generando un malestar clínicamente significativo.<sup>2</sup>

Kessler (1994) reportó una prevalencia de por vida para la fobia social de 13.3% haciendo que éste sea uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia,<sup>3</sup> asimismo, el DSM IV ha puesto de relieve una prevalencia global entre 3-13% variando estas cifras en dependencia de los umbrales definidos para cuantificar el malestar clínico o la afectación de la actividad global del individuo y los tipos de situaciones sociales objeto de estudio.

Schneier (1992) nos dice que este trastorno está asociado con algunas características sociodemográficas que son las siguientes: 1) relación mujer-hombre de 3:2, 2) soltero, 3) adulto joven, 4) estatus socioeconómico bajo.<sup>3</sup>

Estudios realizados por Lecrubier y cols. (1998), sobre comorbilidad en fobia social, destacan que el desajuste tan marcado que experimentan estos pacientes los hace cronificarse, desarrollándose, posteriormente, otros desórdenes psiquiátricos de envergadura como son los trastornos afectivos de tipo depresivos donde existe incremento importante en los intentos de suicidio. Otro trastorno es la agorafobia,

donde el individuo se ve afectado seriamente en su actividad global, reduciéndolo y aislándolo, asimismo, observaron desórdenes en la alimentación con las consecuencias de todos conocidas; el abuso o dependencia de alcohol es elevada en estos sujetos llegando este autor (Lecrubier) a comparar sus resultados con otros: Schneier FR y cols., 1992; David SM y cols. 1993; Magee W. y cols. 1996, concluyendo que el abuso de alcohol está relacionado directamente a la fobia social y no a la depresión.<sup>4</sup>

Hollander describe otra comorbilidad que produce un manejo complicado cuando se presenta y resulta la conjunción de fobia social y trastorno dismórfico, corporal, manifestando el componente fóbico una acción incisiva en el imaginado defecto corporal excesivamente significativo que experimentan estos pacientes.<sup>5</sup>

Westenberg concluye su artículo "La naturaleza de la fobia social" señalando que es una entidad discapacitante y común que requiere pronto diagnóstico para prevenir incapacidad a largo plazo en la vida profesional y personal del paciente, sin embargo, la fobia social es subdiagnosticada y, por ende, subtratada. Se hace necesario que el conocimiento de este trastorno como una condición tratable se incremente tanto en la población general como en los profesionales de salud. Sólo por medio de un diagnóstico y tratamiento efectivo se aligerará la carga de la fobia social permitiendo a los pacientes reasumir su vida normal.<sup>6</sup>

## BENZODIACEPINAS

Para algunos autores, las benzodiacepinas de alta potencia han resultado ser una valiosa ayuda en el tratamiento de fobia social.

La efectividad de éstas en el trastorno por pánico sugiere un rango de adaptabilidad en la coexistencia de este último trastorno y fobia social.<sup>7</sup>

Dos BZD han sido las más estudiadas, alprazolam y clonazepam. Pollack (1999) nos dice que un número de casos estudiados sugieren que el alprazolam en dosis de 1-8 mg por día y el clonazepam en dosis de 1-3 mg por día son efectivas en pacientes con trastorno de ansiedad social.<sup>8</sup>

Gelernter (1991) estudió el alprazolam conjuntamente con fenelcina, terapia cognitivo conductual y placebo. Los resultados del alprazolam al compararlo con el placebo fueron modestos (38% vs. 20%, respectivamente).<sup>9</sup>

Lydiard (1988), en un estudio abierto con alprazolam, reportó buenos resultados utilizando dosis de 3-8 mg.<sup>10</sup>

Reich y cols. (1988), en un estudio donde utilizaron alprazolam por ocho semanas en dosis de 2.9 mg en 14 pacientes con fobia social, concluyeron que este fármaco produjo mejoría sustancial en todos los casos.<sup>10</sup>

La gran mayoría de los autores coinciden en señalar que las recaídas con este fármaco se manifiestan cuando el tratamiento es discontinuo. El alprazolam, por su capacidad de dependencia química, debe ser utilizado con precaución cuando exista necesidad de un uso prolongado, y no debe ser tratamiento de primera opción en pacientes con diagnóstico adicional de trastorno por abuso de sustancias.

Otra benzodiacepina de alta potencia, el clonazepam, fue estudiada por Davidson (1994) *vs.* placebo, por un periodo de ocho semanas utilizando una dosis promedio de 2.1 mg por día; se reportó sustancial mejoría y rápida acción; el clonazepam mostró una respuesta estadísticamente superior al placebo (78% *vs.* 20%), respectivamente.<sup>7</sup>

No existen suficientes estudios controlados sobre clonazepam *vs.* alprazolam en fobia social para determinar igualdad o superioridad de uno de estos fármacos sobre otro. No obstante, para Jefferson (1995) el clonazepam, por su vida media prolongada, parece ofrecer algunas ventajas sobre el alprazolam.<sup>10</sup>

En la práctica clínica, las benzodiacepinas son comúnmente combinadas con antidepresivos. Las ventajas de esta estrategia medicamentosa proviene de la rápida acción ansiolítica (2-4 semanas), periodo que se necesita para alcanzar la óptima efectividad.<sup>8</sup>

Aunque no bien estudiado, el tratamiento a largo plazo con benzodiacepinas en fobia social parece efectivo en la práctica clínica, siempre y cuando fenómenos de tolerancia no obliguen al clínico a un incremento constante de las dosis a utilizar.<sup>8</sup>

Las benzodiacepinas nos dan las siguientes ventajas: eficacia, rápido efecto, posibilidad de ajustar las dosis rápidamente y el potencial de uso situacional. Por otro lado, tendremos las siguientes desventajas: efectos colaterales (sedación, ataxia, deterioro cognitivo) y dificultades relativas a la discontinuación por la sintomatología que experimentan los pacientes al suspenderla.<sup>8</sup>

Somos de la opinión que hacen falta estudios adicionales para determinar los verdaderos resultados del uso de benzodiacepinas de alta potencia en fobia social.

### INHIBIDORES DE LA MONOAMINO-OXIDASA (IMAO)

Con el advenimiento de los nuevos antidepresivos, los IMAO tradicionales han quedado relegados a un segundo plano en los esquemas de tratamiento farmacológico de fobia social.

Tanto la fenelcina como la trancilpromina han mostrado resultados favorables para el manejo de estos pacientes (Liebowitz y cols., 1986; Versiani y cols., 1988).<sup>8</sup>

Estos resultados fueron confirmados por Liebowitz (1992) donde comparó la fenelcina en un estudio doble ciego, conjuntamente con atenolol y placebo durante ocho semanas en 74 pacientes con fobia social. Las dosis promedio para fenelcina fue de 76 mg y atenolol 95 mg. Los resultados favorecieron a la fenelcina con 64%, atenolol 30% y placebo 23%.<sup>8</sup>

Hasta ahora, los estudios doble ciego placebo controlado, realizados con fenelcina, han dado respuestas favorables dentro de un porcentaje de beneficio de 60-90%, en un periodo de 8-12 semanas y alrededor de un margen terapéutico de 60-90 mg (Versiani y cols., 1992; Liebowitz y cols., 1992; Gelernter y cols., 1991).<sup>8</sup>

La trancilpromina fue investigada en un estudio abierto con 29 pacientes que experimentaban el trastorno de ansiedad social, y los resultados fueron favorables para este agente reportando 62% con marcada mejoría y 17% con moderada mejoría; esta investigación se mantuvo por un periodo de un año. Los efectos colaterales fueron comunes y aquellos que se asociaban al abuso de alcohol, como comorbilidad, presentaron resultados pobres.<sup>10</sup>

La presencia de efectos colaterales, como son evitar dietas ricas en tiramina, síntomas neurológicos, ganancia de peso y disfunción sexual, limitan la frecuencia del uso de los IMAO tradicionales en este trastorno.<sup>8</sup> Su uso actual está focalizado en casos no respondientes.

Existen dos inhibidores reversibles de la monoamino oxidasa A (RIMA, por sus siglas en inglés) (moclobemida-brofaromina) que en la actualidad ofrecen interés en el manejo de la fobia social, ya que su perfil de efectos colaterales es menor que los IMAO tradicionales y no ameritan las restricciones dietéticas que tienen estos últimos; ahora bien, los resultados de los estudios no han mostrado uniformidad para estos fármacos.

La moclobemida ha presentado resultados contradictorios en fobia social; aún se mantienen sin publicar cuatro investigaciones, pero estudios recientes controlados con placebo han concluido con una diferencia estadísticamente significativa muy pobre con relación al placebo, demostrando que la eficacia clínica limitada de este agente no sustenta su uso como tratamiento de primera opción en este trastorno.<sup>9-11</sup>

La brofaromina, otro RIMA, parece ofrecer mejores perspectivas; ha sido estudiado por Van Vliet (1992), comparándolo en un estudio placebo controlado, donde reportó significativa mejoría clínica como representaba la reducción de la ansiedad social, evitación social, ansiedad generalizada o anticipatoria y sensibilidad interpersonal. Los porcentajes fueron de 80% para la brofaromina en dosis promedio de 150 mg y 14% para los que utilizaron

placebo; el estudio se realizó en un periodo de 12 semanas, el efecto secundario más desadaptativo fue insomnio intermedio.<sup>12</sup>

Humble y cols (1992) reportaron similares hallazgos que el estudio anterior, 80% para los que recibieron brofaromina y 26% para los que recibieron placebo, en una investigación cuya duración fue de 12 semanas.<sup>13</sup>

Fahlen y cols. (1995), en un estudio placebo controlado a una población de 77 pacientes diagnosticado con fobia social, donde algunos tenían otros diagnósticos adicionales como distimia, ansiedad generalizada, depresión mayor y con dosis promedio de 150 mg reportaron resultados favorables de 78% para los que utilizaron el RIMA y 23% para placebo. Este estudio se prolongó por un periodo de 12 semanas.<sup>14</sup>

### INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)

Para Liebowitz (1998), los ISRS son un tratamiento de primera opción en fobia social, ya que en los estudios realizados demuestran una sustancial eficacia;<sup>15</sup> Pollack (1995) agrega que estos fármacos son útiles particularmente para pacientes que experimentan comorbilidad con depresión u otro trastorno de ansiedad. A esto también se suman los beneficios de la respuesta terapéutica, la ausencia de restricciones dietéticas y baja incidencia de efectos adversos.<sup>8</sup>

Estudios realizados con fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina y citalopram, reportan resultados favorables en el manejo de la fobia social.

La fluoxetina ha sido investigada en estudios abiertos donde ha reportado buenos resultados en dosis que varían de 20 a 80 mg por día (Sternbach, 1990; Schneier, 1992; Black y cols. 1992; Van Ameringer y cols., 1993).<sup>10</sup>

Davidson (1994) describió los resultados de cinco estudios abiertos con fluoxetina, indicando que los resultados de estos reportes fueron positivos y exitosos.<sup>7</sup>

Berk (1995) reportó, en un pequeño estudio abierto en pacientes con fobia social, la eficacia de este fármaco al experimentar éstos marcada reducción de los síntomas fóbicos; las dosis que se manejan oscilaron entre 20-80 mg por día.<sup>13</sup>

La paroxetina nos ofrece la mayor base de datos disponible por ser el ISRS más estudiado en este trastorno. Stein (1994) describió marcada respuesta favorable en 29 pacientes de 37 que fueron diagnosticados con trastorno de ansiedad social, para 78%; el resto de los pacientes experimentaron moderada respuesta. Este estudio se prolongó por 12 semanas y una dosis promedio de 49 mg.<sup>13</sup>

Mancini (1995) reportó resultados efectivos en 83% de los pacientes que usaron paroxetina en fobia social en un rango de dosis entre 10-50 mg y un periodo estimado de 12 semanas, agrega el autor de esta investigación que la ansiedad social, evitación social, depresión, y la disarmonía global se observaron significativamente disminuidas.<sup>13</sup>

Tres estudios multicéntricos, placebo-controlado, donde intervinieron alrededor de 850 pacientes (dos realizados en EUA, los otros en Europa y Sudáfrica), dio como resultado progreso en la función social y dos de ellos mostraron mejoría en la función laboral, lo que representa un considerable avance en la calidad de vida.<sup>9</sup>

Allgulander (1997) realizó un estudio doble ciego con 96 pacientes diagnosticados con fobia social, se utilizaron dosis de 20-50 mg de paroxetina en un periodo de 3 meses. El estudio concluyó que este ISRS fue significativamente superior al placebo en la reducción de la ansiedad social y la conducta de evitación.<sup>16</sup>

Pitts (1996) y Stein (1998) reportaron cifras similares en los resultados de manejo de paroxetina en fobia social; ambos estudios placebo controlado por un periodo de 12 semanas. En dichos estudios el ISRS fue superior al placebo; el primer autor reportó resultados de 69% para paroxetina y 29% para placebo, mientras que el segundo autor reportó 66% vs. 32%.<sup>8</sup>

Carpenter (1998) realizó un doble ciego con dosis comparativas (20-40-60 mg) placebo controlado, demostrando los beneficios significativos que ofrecieron las tres dosis del fármaco al ser comparadas con el placebo, añade el autor que no hubo diferencias significativas en eficacia entre las tres dosis de paroxetina.<sup>8</sup>

La sertralina fue examinada por Katzelnick (1995) para determinar su eficacia en fobia social; este estudio doble ciego placebo controlado manejó dosis de 50 a 200 mg al día por un periodo de 10 semanas, las conclusiones refieren que este fármaco es efectivo y seguro en el manejo de esta entidad.<sup>17</sup>

Pequeños estudios abiertos sostienen la efectividad de la sertralina en la fobia social.<sup>13</sup>

La fluvoxamina fue investigada en un estudio doble ciego placebo controlado (1994) a dosis de 150 mg al día por un periodo de 12 semanas, observándose sustancial mejoría para los pacientes que utilizaron este fármaco 46%, comparado con el 7% para los que recibieron placebo. Este estudio se realizó en una población de 30 pacientes diagnosticados con fobia social.<sup>8</sup>

Un estudio publicado recientemente (1999) demostró en un doble ciego placebo controlado a la fluvoxamina más eficaz que el placebo (43% vs. 23%) donde se usaron dosis aproximadas a los 200 mg por un periodo de 12 semanas.<sup>18</sup>

El citalopram fue investigado por Lepola y cols. (1994), en el trastorno de ansiedad social, reportando beneficios a largo plazo (12-24 meses) en dosis de 20 mg por día,<sup>10</sup> esto sugiere la eficacia y tolerabilidad de este fármaco sobre este trastorno. Diversos autores (Jefferson, 1995; Keck, 1997; Davidson, 1998; Pollack, 1999) coinciden en señalar la utilidad de este fármaco en el trastorno que nos ocupa.

### BETABLOQUEADORES

Éstos han sido utilizados frecuentemente por artistas, antes de sus presentaciones, para atenuar los síntomas autonómicos que le producen la ansiedad. Sin embargo, su eficacia es limitada en la fobia social; después de haber sido sometidos a estudios controlados los resultados no fueron alentadores.<sup>9</sup>

Otros trabajos limitan el uso de estos fármacos a momentos antes de la exposición del estímulo fóbico. Los dos componentes más utilizados fueron el atenolol en dosis de 50-100 mg y el propranolol en dosis de 20-40 mg, los resultados tampoco fueron del todo satisfactorios.<sup>19</sup>

### OTROS MEDICAMENTOS

Los antidepresivos tricíclicos no han tenido mucho impacto en el tratamiento de fobia social, curiosamente a pesar de las investigaciones exitosas en otras áreas, no han sido continuadas en esta entidad. La limitada literatura consiste en anécdotas, pequeños estudios, casos reportados o estudios abiertos con imipramina o clorimipramina, usados en el tratamiento de grupos heterogéneos de los trastornos de ansiedad, donde sus resultados han sido contradictorios; de este modo, no hay suficiente investigación para afirmar su eficacia; estas conclusiones están avaladas por diferentes autores (Pollack, 1999, Jefferson, 1995; Keck, 1997).<sup>8,10,13</sup>

La bupiriona, fármaco con demostrada actividad ansiolítica, ha sido estudiada en dos ensayos abiertos y dos doble ciego, donde salió favorecido en las dos primeras pruebas (53% y 47% de efectividad), utilizando dosis similares (48-46 mg por día), en ambos trabajos, respectivamente, en los doble ciegos no reportó resultados favorables, en estos estudios se utilizaron dosis inferiores (32-30 mg) a los dos estudios abiertos que reportamos anteriormente, por lo que existe la posibilidad de que este fármaco sea útil en este trastorno en dosis alta.<sup>13-20</sup>

Algunos investigadores reportan que la buspirona asociada a ISRS aumenta el beneficio de estos antidepresivos en caso de fobia social.<sup>8</sup>

El nefazodone, un antidepresivo de pocos años de introducción en el mercado anglosajón, ha sido tam-

bién utilizado en fobia social. Una investigación publicada hace unos meses ofrece los siguientes resultados: en una población de 23 pacientes, 16 de éstos (69.6%) obtuvieron moderada o marcada mejoría, y el restante, siete pacientes (30.4%), se consideró como no respondiente. Este estudio se llevó a cabo en un periodo comprendido por 12 semanas, utilizando dosis entre 100-450 mg por día. Se concluyó su utilidad, pero se llamó también la atención sobre la necesidad de estudios adicionales que confirmen estos alentadores resultados.<sup>21</sup>

Otro de los antidepresivos recientes que ha sido investigado en fobia social es venlafaxina, donde estudios nos refieren la utilidad de este fármaco en esta entidad. Un primer estudio realizado hace cuatro años muestra mejoría sustancial al utilizar dosis entre 75-300 mg por un periodo de ocho semanas.<sup>13</sup>

En otro estudio más reciente se pudo apreciar mejoría a las 12 semanas de iniciado el tratamiento; los autores agregan que los participantes fueron sometidos a seguimiento por 12 semanas más, observando la reducción de los síntomas de ansiedad generalizada.<sup>22</sup>

Otros fármacos han demostrado potenciales beneficios para el manejo de fobia social, éstos incluyen bupropión en dosis de 300 mg al día y clonidina 0.1 mg por día.<sup>8</sup>

Nombre de fármacos; alprazolam (Tafil-Xanax y otros), atenolol (Tenormin y otros), brofaromina ( ), bupropión (Wellbutrin), bupiriona (Buspar y otros), citalopram (Celexa-Cipramil-Seropram), clonazepam (Rivotril-Klonopin), clonidina (Catapres-Catapresan), clorimipramina (Anaframil y otros), fenelcina (Nardil), fluoxetina (Prozac y otros), fluvoxamina (Luvox), imipramina (Tofranil y otros), moclobemida (Aurorex-Manerix), nefazodone (Serzone), paroxetina (Paxil), propranolol (Inderalici y otros), sertralina (Zoloft), tranicilpromina (Parnate), venlafaxina (Effexor y otros).

### REFERENCIAS

1. Vallejo J, Díez C. Trastornos fóbicos. Seminario de Actualización en Psiquiatría Clínica. Trastorno de Ansiedad II. Psiquis 1993; 3: 19-29.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4a. Ed. Barcelona, España: Masson; 1995, p. 421-27.
3. Moutier C, Stein M. History, epidemiology and differential diagnosis of social anxiety disorder. J Clin Psychiatry. Supplement preview, 1999; 60(Suppl.): 3-5.
4. Lecrubier Y. Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease and management. Focus on social Anxiety Disorder. J Clin Psychiatry 1998; 54(Supl. 17): 33-7.
5. Hollander E. Comorbid social anxiety and body dysmorphic: managing the complicant patient. Suppl. Preview, J Clin Psychiatry 1999; 60: 17-9.
6. Westenberg H. The nature of social anxiety disorder. Focus on social anxiety disorder. J Clin Psychiatry 1998; 59(Supl. 17): 47-51.

7. Marshall J. Integrated treatment of social phobia. Supplement to the bulletin of the menninger clinic. 1995; 59(Supl. 2): A29-A32.
8. Pollack M. Social anxiety disorder: designing a pharmacologic treatment strategy. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(Supl 9): 20-6.
9. Davidson J. Pharmacotherapy of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(Supl 17): 47-51.
10. Jefferson J. Social Phobia: a pharmacologic treatment overview. *J Clin Psychiatry* 1995; 56(Supl. 5): 18-24.
11. Schneier FR, Goetz D, Campeas R, Fallon B, Marschal R, Liebowitz MR. Placebo controlled trial of moclobemide in social phobia. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 70-7.
12. Van Vliet DM, Den Boer J, Westenberg H. Psychopharmacologic treatment of social phobia: clinical and biochemical effects of brofaromine, a selective MAO-A inhibitor. *European neuropsychopharmacology* 1992; 2: 21-9.
13. Keck PE, McElroy SL. New use for antidepressants: social phobia. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(Supl. 14): 32-6.
14. Fahlen T, Nilsson HL, Humble M, Pauli U. The clinical efficacy and tolerability of the monoamine oxidase-A and serotonin uptake inhibitor brofaromine. A double-blind placebo-controlled study. *Acta Psychiatrica Scand* 1995; 92: 351-8.
15. Liebowitz M. Update on the diagnosis and treatment of social phobia. APA, Annual meeting. Syllabus and proceedings summary. Canada, 1998; 11: 285.
16. Allgulander C. Efficacy of paroxetine in social phobia a single center double-blind study of 96 symptomatic volunteers randomized to treatment with paroxetine 20-50 mg or placebo for 3 months. *European Neuropsychopharmacology. Abstracts of the XI th Congress of the European College of Neuropsychopathology. Paris (France). Eur J Neuropsychopathology* 1998; 8(Supl. 2).
17. Katzelnick D, Kobak K, Greist J, Jefferson J, Mantle J, Serlin R. Sertraline for social phobia: a double blind, placebo-controlled crossover study. *Am J Psychiatry* 1995; 152(9): 1368-71.
18. Stein M, Fyer A, Davidson J, Pllack M, Wiitta B. Fluvoxamine treatment of social phobia (Social anxiety disorder). A double-blind placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 756-60.
19. Kaplan H, Sadock B, Greeb J. *Sinopsis de Psiquiatría*. 7ª ed. Buenos Aires Argentina: Editorial Médica Panamericana. 1996, p. 611.
20. Van Vliet I, Den Boer J, Westenberg H, Ho Pian K. Clinical effects of buspirone in social phobia: a double blind placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 164-8.
21. Van Ameringen M, Mancini C, Oakman J. Nefazodone in social phobia. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(2): 96-100.
22. Van Vliet I, Westenberg H, Van Megen M. Clinical effects of venlafaxina in social phobia. *European Neuropsychopharmacology. Abstracts of the XIth Congress of the European College of Neuropsychopathology* 1998; 8(Supl. 2): S258-S302.

Recibido: Mayo 21, 2001.  
Aceptado: Septiembre 17, 2001.