

Uso de sertralina en el tratamiento de la fobia social-experiencia propia

Leszek Tomasz Ros^{1*}

¹Centro de Salud Varsovia Zoliborz. Director Médico Przemyslaw Zak y de la Clínica de Neurocirugía del Hospital Clínico en Varsovia, calle Szaserów 121. Encargado prof. dr hab. med. Jan Podgórski

*Correspondencia: leszek.ros@op.pl

Resumen

El autor presenta el concepto general de la fobia y sus síntomas. Analiza el caso de uno de sus pacientes, al que trata de fobia social. Durante el proceso de educación se cometió una serie de errores. El paciente sometido a pruebas psiquiátricas personales y analizado con el uso de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz. Se realizaron varias pruebas adicionales. Se analizó el tratamiento del paciente con sertralina. El autor de este artículo trató a unos pacientes con fobia social con pregabalina.

Palabras claves: Fobia social, Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, fobia vs. trastorno obsesivo compulsivo, Sertralina.

Aceptado: 3 octubre 2016

Use of sertaline in the treatment of social phobia

The author discusses the general notion and symptoms of a phobia. He analyses the case of a patient treated due to social anxiety. There was a number of educational mistakes made in the course of up-bringing. The patient was examined through personal psychiatric examination and using the Liebowitz Social Anxiety Scale. Multiple additional tests were performed. The discussion covered patient's treatment using Sertaline. The author of the article has treated several persons suffering from social anxiety using Pregahalin. The therapy provided satisfactory therapeutic effects.

Key words: *social anxiety, Liebowitz social anxiety scale, phobias and compulsions, Sertraline.*

Introducción

La fobia social es un frecuente problema que hace difícil la vida normal a muchas personas. En numerosas ocasiones son personas del entorno científico. Por la profesión que ejercen, suelen verse literalmente obligados a tomar palabra en presencia de un público grande, por ejemplo en simposios científicos de diferentes tipos.

La fobia social suele consistir en evitar a la gente en grupos, evitar un contacto cercano. Se trata o bien de cualquier tipo de contactos o de un tipo determinado de contactos, hablar en público o comer en presencia de otras personas. Puede referirse también a los contactos con el sexo opuesto. El hecho de evitar a la gente resulta de la aparición de síntomas como rubor, tartamudeo, vómitos. Prácticamente todas las fobias se relacionan con síntomas obsesivo-compulsivos.

Por eso, las fobias suelen ser persistentes, duraderas y resistentes al tratamiento. Muchas fobias no pueden clasificarse como patologías.

Se trata de fobias comunes. Entre ellas podemos enumerar el miedo excesivo a la tormenta, a los animales, al dolor o la evasión de comidas consideradas malas o "nocivas".

Presentación del caso

El paciente B.K., 46 años, no tratado psiquiátricamente. El paciente de un embarazo y parto correctos. La infancia media. Es hijo único. Sus padres siempre cuidaban mucho que estuviesen satisfechas sus necesidades vitales. Desde la niñez más temprana, siempre estaba bien nutrido y vestido. Los padres solían comprarle más juguetes costosos que los que tenían los niños de su edad. En casa nunca había disputas, ni siquiera conflictos mayores. Los padres dedicaban al paciente mucho tiempo. Solían hablar con él sobre varios temas. Nunca usaban hacia él penas corporales. Sin embargo, la madre obviamente sobreprotectora y el padre déspota decidieron educar a un

pequeño "genio". Con este objetivo, planearon estimular y elevar las ambiciones del paciente de tal manera que en un futuro se convirtiera en un científico famoso, cosa que no paraban de repetirle. Los padres, para elevar las aspiraciones propias del paciente, lo criticaban continuamente. Evaluaban de manera negativa la mayoría de las actividades del paciente. Siempre repetían que el paciente lo hacía todo mal, que debía darle vergüenza y que debía hacer las cosas mucho mejor. El paciente intentaba llegar a la altura de las expectativas de sus padres y, mirándolo de manera objetiva, su rendimiento en la mayoría era mucho mejor que el de los niños de su edad. No obstante, los padres nunca lo apreciaban ni alababan. Tanto la madre, como el padre no dejaban de criticarle. Este hecho contribuyó a la aparición de los complejos del paciente; al miedo al fracaso y a la evaluación de parte de los padres y del entorno. Sin duda, fueron los factores patognomónicas que en futuro contribuirían a la evolución de la fobia social en el paciente. El paciente conseguía unos notables resultados educativos tanto en la escuela primaria, como en la secundaria. Siempre era el primero de su clase. A continuación, como estudiante con resultados sobresalientes, se graduó de la Facultad Mecánica de la Universidad Politécnica, consiguiendo el título en licenciado ingeniero. Una vez terminados los estudios, empezó a trabajar en la universidad como asistente. Pronto se convirtió en profesor auxiliar. Luego, defendió la tesis doctoral con distinciones. Trabaja en la universidad hasta el día de hoy.

El paciente no se ha casado. Ha experimentado varios amores platónicos hacia sus compañeras. Es heterosexual típico. Sin embargo, en contactos con las chicas de las que estaba enamorado, tenía fuertes ataques de pánico con síntomas vegetativos, como palpitaciones,

rubores fuertes en la cara, manos sudorosas, la boca seca. Aparte, tartamudeaba. Se sentía paralizado por el miedo. Estos síntomas le imposibilitaban los contactos normales con el sexo opuesto. En efecto, no ha llegado a casarse, a pesar de que es su sueño. Por tanto, se siente infeliz. Sufre de los mismos síntomas vegetativos del miedo paralizador cuando tiene que tomar palabra en simposios científicos con un público numeroso. Estos síntomas aparecen también en varias fiestas y recepciones, hasta tal punto que en ocasiones se veía obligado a abandonar de forma repentina la sala para vomitar de manera abundante. En general, considera su vida un fracaso y se siente profundamente infeliz.

Las pruebas psiquiátricas detalladas del paciente demuestran la fobia social típica. El diagnóstico ha sido confirmado por la prueba realizada en el paciente¹⁷ usando la *Escala de Ansiedad Social de Liebowitz*. La escala fue rellenada por el autor del presente trabajo.

El paciente no quizo que se usase la escala en forma electrónica. No hay antecedentes de enfermedades psiquiátricas en la familia del paciente. No ha sufrido traumatismos de cabeza. Ni tampoco pérdidas de consciencia. El paciente nunca ha abusado de alcohol ó sufrido de enfermedades físicas graves.

Pruebas adicionales:

- » pruebas en laboratorio de sangre y orina: correctas
- » radiografía del tórax: correcta
- » ECG correcto
- » EEG correcto
- » funduscopia correcta
- » prueba neurológica sin meningismos ni síntomas focales
- » exploración física sin patologías

El autor de este trabajo realizó una psicoterapia individual intensiva con el paciente. Además, como otros autores recetó^{17,39} sertralina por la vía oral, empezando por la dosis pequeña y llegando hasta 200 mg/día. El paciente notó una considerable mejora y una baja en la puntuación de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz.

Resumen

En el caso en cuestión, quizás una de las causas principales de la fobia social fueron los descritos errores educativos cometidos por los padres del paciente, cuando éste era niño. Como resultado de una psicoterapia individual intensiva apoyada por el uso de sertralina, el paciente está empezando a funcionar correctamente en la vida profesional y personal. Con cada vez más frecuencia habla en público en simposios científicos. Sus citas con una chica son cada vez más exitosas, siente menos ansiedad y disminuyen los síntomas vegetativos del miedo.

El autor del presente trabajo se basó sobre todo en las pruebas clínicas del paciente. Sin embargo, hizo uso también de la experiencia de otros autores^{17, 39} que trataban fobias sociales con sertralina. Estos autores¹⁷ consiguieron buenos

efectos tratando fobias sociales con sertralina. La mayoría de los pacientes de estos autores prefirió el uso de la escala de ansiedad social de Liebowitz en forma electrónica. Otros autores³⁹ observaron que los mejores efectos en el tratamiento de las fobias sociales en sus pacientes se conseguían con el promedio de la dosis final de 170 mg/día.

En resumen¹⁷ parece que sertralina es segura y eficaz en el tratamiento de fobias sociales. Solo en unos pocos^{17,39} pacientes provocó síntomas no deseados, por lo cual los autores se vieron obligados a detener el tratamiento. Se consiguieron unos efectos terapéuticos satisfactorios.

Los autores del artículo trataron a unos pacientes entre 18 y 25 años con pregabalina. Eran personas con fobias sociales, en el caso de las cuales sertralina resultó ineficaz. Se recetó pregabalina por vía oral, iniciando con dosis pequeñas y llegando a 300 mg/día en el periodo de 6 meses. Se consiguieron efectos terapéuticos muy satisfactorios. Los autores del artículo no han encontrado en la literatura disponible descripciones del tratamiento de fobias sociales con Pregabalina. Sin embargo, el fármaco está inscrito en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada⁴¹⁻⁴³.

Referencias

1. Aguglia E, Casacchia M, Cassano GB. University of Trieste, Italy Double-blind study of the efficacy and safety of sertraline versus fluoxetine in major depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1993; 8(3):197-202.
2. Bennie EH, Mullin JM, Martindale JJ. Levensdale Hospital, Glasgow, UK A double-blind multicenter trial comparing sertraline and fluoxetine in outpatients with major depression. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 (6): 229-37.
3. Beshay H, Pumarega AJ. Sertraline treatment of mood disorder associated with prednisone: a case report. *J Child Adolescent Psychopharmacol* 1998; 8(3):187-93.
4. Biri H, Isen K, Sinik Z. Sertraline in the treatment of premature ejaculation: a double-blind placebo controlled study. *Int Urol Nephrol* 1998; 30 (5): 611-5, 1998.
5. Brady KI, Sonne SC, Roberts JM. Sertraline treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 (11): 502-5.

6. Chouinard G. Sertraline in the treatment of obsessive compulsive disorder: two double-blind, placebo controlled studies. *Int Clin Psychopharmacol* 1992; 7 Suppl 2: 37-41.
7. Croft H, Settle E Jr, Houser T. A placebo-controlled comparison of the antidepressant efficacy and effects on sexual functioning of sustained-release bupropion and sertraline. *Clin Therapeutics* 1999; 21(4): 643-58.
8. Davis SM, Harrison WM, Keller MB. The treatment of chronic depression, part 3: psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (11): 608-19.
9. Ekselius L, von Knorring L. Personality disorder comorbidity with major depression and response to treatment with sertraline or citalopram. *Int Clin Psychopharmacol* 1998; 13(5): 205-11.
10. Finkel SL, Richter EM, Clary CM. Comparative efficiency and safety of sertraline versus nortriptyline in major depression in patients 70 and older. *Int Psychogeriatrics* 1999; 11(1): 85-99.
11. Griest J, Chouinard B, DuBoff B. Double-blind parallel comparison of three dosages of sertraline and placebo in outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Arch General Psychiatry* 1995; 52(4): 289-96.
12. Greist JH, Jefferson JW, Kobak KA. A 1 year double-blind placebo-controlled fixed dose study of sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *International Clin Psychopharmacol* 1995; 10 (2): 57-65.
13. Grignaschi G, Samanin R. Role of serotonin receptors in the effects of sertraline on feeding behaviour. *Psychopharmacol* 1993; 110(1-2): 203-8.
14. Hirschfeld RM, Russell JM, Delgado PL. Predictors of response to acute treatment of chronic and double depression with sertraline or imipramine. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (12): 669-75.
15. Jermain DM, Preece CK, Syles RL. Luteal phase sertraline treatment for premenstrual dysphoric disorder. Results of a double-blind, placebo-controlled, crossover study. *Arch Family Medicine* 1999; 8 (4): 328-32.
16. Kant R, Smith-Seerniller L, Zeiler D. Treatment of aggression and irritability after head injury. *Brain Injury*; 1988; 12 (8): 661-6.
17. Katzelnick DJ, Kobak KA, Greist JH. Sertraline for social phobia: a double-blind, placebo-controlled crossover study. *Am J Psychiatry* 1995; 152(9): 1368-71.
18. Kavoussi RJ, Liu J, Coccaro EF. An open trial of sertraline in personality disorder patients with impulsive aggression. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 (4): 137-41.
19. Keller MB, Gelenberg AJ, Hirschfeld RM. The treatment of chronic depression, part 2: a double-blind, randomized trial of sertraline and imipramine. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (11): 598-607.
20. Keller MB, Harrison W, Fawcett JA. Treatment of chronic depression with sertraline or imipramine: preliminary blinded response rates and high rates of undertreatment in the community. *Psychopharmacol Bull* 1995; 31(2): 205-12.
21. Keller MB, Kocsis JH, Thase M. Maintenance phase efficacy of sertraline for chronic depression: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 280(19): 1665-72.
22. Kirli S, Caliskan M. A comparative study of sertraline versus imipramine in postpsychotic depressive disorder of schizophrenia. *Schizophrenia Res* 1998; 33:1-2.
23. Kroning MH, Apter J, Asnis G. Placebo-controlled, multicenter study of sertraline treatment for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19 (2):172-6.
24. Lambert MT, Trutia C, Petty F. Extrapyramidal adverse effects associated with sertraline. *Progress Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* 1998; 22 (5): 741-8.
25. Lauterbach EC. Catatonia-like events after valproic acid with risperidone and sertraline. *Neuropsych, Neuropsychol Behavioral Neurol* 1998; 11(3): 157-63.
26. Levin ID, Briggs SJ, Christopher NC. Sertraline attenuates hyperphagia in rats following nicotine withdrawal. *Pharmacol, Biochem Behavior* 1993;44 (1): 51-61.
27. Londborg PD, Wolkow R, Smith WT. Sertraline in the treatment of panic disorder. A multi-site, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose investigation. *Brit J Psychiatry* 1998; 173: 54-60.

28. Luketsos GB, Taragano F, Freisman GJ. Major depression and its response to sertraline in primary care vs. psychiatric office practice patients, results of an open-label trial in Argentina. *Psychosomatics* 1999; 40(1):70-5.
29. McMahon DG. Treatment of premature ejaculation with sertraline hydrochloride. *International J Impotence Research* 1998; 10(3):181-4.
30. Molier HJ, Gallinat J, Hegerl U. Double-blind, multicenter comparative study of sertraline and amitriptyline in hospitalized patients with major depression. *Pharmacopsychiatry* 1998; 31(6):170-7.
31. Murdoch D, McTavish D. Sertraline. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic potential in depression and obsessive compulsive disorder. *Sertralina. Drugs* 1992; 44 (4): 604-24.
32. Oinan TG. Lithium augmentation in sertraline-resistant depression: a preliminary dose-response study. *Psychiatria Scandinavica* 1993; 88 (4): 300-1.
33. Pollack MH, Otto MW, Worthington JJ. Sertraline in the treatment of panic disorder: a flexible-dose multicenter trial. *Arch General Psychiatry* 1998; 55(11):1010-6.
34. Preskorn SH, Lane RM. Sertraline 50 mg daily: the optimal dose in the treatment of depression. *Internat Clin Psychopharmacol* 1996; 10 (3):129-41.
35. Roy A. Placebo-controlled study of sertraline in depressed recently abstinent alcoholics. *Biological Psychiatry*; 1998; 44 (7): 633-6.
36. Rush AJ, Koran LM, Keller MB. The treatment of chronic depression, part 1: Study design and rationale for evaluating the comparative efficacy of sertraline and imipramine as acute, crossover, continuation and maintenance phase therapies. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (11): 589-97.
37. Shapiro PA, Lesperance F, Frasura-Smith N. An open-label preliminary trial of sertraline for treatment of major depression after acute myocardial infarction. *Am Heart J* 1999; 137(6):1100-6.
38. Turner R. Quality of life: experience with sertraline. *Internat Clin Psychopharmacol* 1994; 9 Suppl 3: 27-31.
39. Turner R. Sertraline in social phobia. *Anxiety* 1994; (4):196-8.
40. Wadden TA, Bartlett SJ, Foster GD. Sertraline and relapse prevention training following treatment by very-low-calorie diet: a controlled clinical trial. *Obesity Research* 1995; 3(6): 549-57.
41. Frampton JE. Pregabalin; review of its use in adults with generalized anxiety disorder. *CNS Drugs* 2014; 28: 835-54.
42. Both C, Kojda C, Lange Asschenfeldt C. Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder: focus and update on pregabalin. *Exp Rev Neurotherap* 2014; 14:29-38.
43. Olivares JM, Alvarez E, Carrasco JL, Perez Paramo P, Lopez-Gomez V. Pregabalin for the treatment of patients with generalized anxiety disorder with inadequate treatment response to antidepressants and severe depressive symptoms. *In Clin Psychopharmacol* 2015; 30: 265-27.

Artículo sin conflicto de interés

© Archivos de Neurociencias