

Comorbilidad del trastorno de pánico y fobia social

J. SEGUI*, L. SALVADOR**, J. CANET***, C. ARAGON*** y C. HERRERA****

* Hospital Central de La Alianza (Hospital Asociado de la Facultad de Medicina de Barcelona). ** Universidad de Cádiz. *** Centro de Psicología Médica y Psiquiatría. Barcelona. **** Clínica Quirón. Barcelona.

Resumen

En 83 pacientes con trastorno de pánico el 24,1% tienen fobia social asociada. La edad de inicio de la fobia social fue más precoz que la del trastorno de pánico, en el 95% apareció primero. Los pacientes con fobia social y trastorno de pánico a) tienen una edad de inicio del pánico más precoz ($p < 0,05$) b) tienen más trastornos depresivos, en especial depresión mayor ($p < 0,01$) c) más trastorno obsesivo-compulsivo ($p < 0,05$) d) más altas puntuaciones en todas las escalas del SCL-90, excepto en la de fobias e) mayor severidad en la escala de fobia social del cuestionario de miedos de Marks & Mathews. La implicación clínica de estos hallazgos es discutida.

Palabras clave: Fobia social. Trastorno de pánico. Depresión mayor.

Summary

Among 83 patients presenting panic disorder 24% have comorbid social phobia. Its age of onset was earlier than the one for panic disorder, in 95% of social phobics appeared first. Patient comorbid with social phobia and panic disorder: a) have an earlier panic disorder age of onset ($p < 0,05$); b) have more major depressive disorders ($p < 0,01$); c) more obsessive compulsive disorders ($p < 0,05$); d) higher scores in all SCL-90 subscales, except for phobias; e) more severity in the social phobia scale from the Fear Questionnaire of Marks & Mathews. The clinical significance of these findings is discussed.

Key words: Social phobia. Panic disorder. Major depression.

Una de las aportaciones más valiosas del DSM III-R ha sido dar la importancia debida a la comorbilidad entre los diversos trastornos psiquiátricos. En los trastornos de pánico la comorbilidad con los trastornos depresivos ha sido estudiada de forma exhaustiva. Sin embargo la relación con el trastorno compulsivo, la fobia social y la fobia simple ha sido menos investigada.

Recientemente Argyle et al. (1991) han estudiado la escala de fobias de Marks & Seehan en 1.168 pacientes con trastorno de pánico (DSMIII) mediante un análisis de correlación y componentes principales. Los factores relacionados con agorafobia, fobia a la enfermedad y fobia social en los trastornos de pánico aparecían claramente diferenciados, conformándose la separación de estas tres enfermedades. A la vista de estos datos Argyle et al. (1991) afirman que el diagnóstico de otros trastornos fóbicos debe ser siempre explorado en el estudio del trastorno de pánico.

La comorbilidad de la fobia social y el trastorno de pánico es de gran interés. La fobia social en el trastorno de pánico ha oscilado entre el 3% hasta el 55% (Barlow et al., 1986; Saranson et al., 1990; Reiter et al. 1991; Argyle & Roth, 1990; Stein et al., 1989; Amies et al., 1983, Solym et al., 1985; Ayuso et al., 1988; Argyle et al., 1991). Estas amplias diferencias se deben a las variaciones en la metodología utilizada en los diversos estudios.

El objeto de nuestro estudio es apreciar la frecuencia de la fobia social en un grupo de pacientes con trastorno de pánico y las implicaciones clínicas de la comorbilidad entre ambas enfermedades.

MATERIAL Y METODOS

El diagnóstico de Fobia Social fue evaluado en una muestra de 83 pacientes con trastorno de pánico atendidos consecutivamente en la Sección de Psiquiatría del Hospital Central de La Alianza de Barcelona durante un período de 7 meses (3.1.1991-9.30.1991). El Hospital Central de L'Aliança está asociado a la Universidad de Barcelona. Consta de 450 camas y pertenece a una mutua privada que tiene unos 230.000 socios con otros hospitales en las ciudades más importantes de Cataluña. Por otra parte se atiende en mucha menor proporción a pacientes de la Seguridad Social, ya que este hospital está concertado con la Sanidad Pública.

Todos los pacientes fueron diagnosticados de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM III-R (APA, 1987) por un médico especialista en psiquiatría (J. Seguí). Los pacientes con otras patologías orgánicas fueron excluidos mediante exploración física o de laboratorio.

El eje I del DSM III-R fue diagnosticado con el SCID-UP-R. Esta es una entrevista estructurada de amplia utili-

TABLA I Características sociodemográficas y de enfermedad

	No fobia social (63)	Fobia social (20)
Mujeres	71,2%	80,0%
Edad actual	38,57±12,99	38,47±14,77
Casados	73,0%	60,0%
Escolarización (a.)	10,83±3,60	11,45±4,45
Edad 1º pánico (a.)	31,71±11,88	26,41±13,04*
Evolución pánico (a.)	7,62±9,07	9,86±8,71
Frec. crisis último mes	16,62±19,62	18,25±21,56

*p<0,05

zación y que requiere un entrenamiento por parte del evaluador (Spitzer & Williams, 1985).

The Fear Questionnaire (Marks & Matthews, 1979) and The Symptoms Checklist-90 (SCL-90) (Derogatis, 1987) que son escalas autoadministradas, también fueron utilizadas.

La edad actual de la muestra fue de 38,98±12,45 a. (rango 16 a 74 a.). El 73,5% fueron mujeres, el 69,9% estaban casados o tenían pareja estable no legalizada. El 69,9% estaban casados y el 24,1% solteros. El 54,2% estaban en activo y 34,9% eran amas de casa.

Análisis estadístico

Los pacientes se dividieron en dos grupos según la presencia o ausencia de fobia social. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la t de Student para variables continuas y la χ^2 con las correcciones de Yates o el test de Fisher, cuando fue necesario usarlo, para variables categoriales. El mínimo nivel de significación exigido fue de p<0,05.

TABLA II Comorbilidad (Diagnósticos asociados eje I DSM III-R)

	No fobia social (63)	Fobia social (20)
Depresión mayor	12,7%	40,0%**
Distimia	25,4%	25,5%
Bipolar	1,6%	0,0%
T. obsesivo	4,8%	25,0%*
Fobia simple		
Fobia sangre	20,6%	35,0%
Otras fobias simples	12,7%	25,0%
Tipo de trastorno de pánico		
Agorafobia	33,3%	55,0%
Limitada	44,4%	25,0%
No complicada	22,2%	20,0%
ALIMENTACION	4,8%	0,0%
ALCOHOLISMO	14,3%	20,0%

RESULTADOS

a) Prevalencia de fobia social

Veinte pacientes (24,10%) de los 83 pacientes con trastorno de pánico, cumplían criterios DSM III-R de fobia social. La edad de inicio de la fobia social fue 14,00±0,32 a. mientras que la del trastorno de pánico de 30,50±12,31 a. (t:5,97, p<0,001). En sólo un paciente (5%) el trastorno de pánico precedió a la fobia social. Debe constatar la dificultad para apreciar el inicio de la fobia social que suele desarrollarse en la adolescencia. (Liebowitz et al., 1985). Algunos autores comentan este tema al apreciar que muchos de estos pacientes refieren que han iniciado los síntomas en la infancia o más típicamente que «siempre» han presentado la fobia social (Stein et al., 1989).

b) Comparación entre pacientes con trastorno de pánico con y sin fobia social:

No se aprecian diferencias en las características sociodemográficas respecto a edad, ocupación, escolarización o estado civil.

La edad de inicio del trastorno de pánico es más precoz en el grupo comórbido con fobia social (p<0,05) (tabla 1). No hay diferencias respecto a evolución o gravedad del trastorno de pánico, cuantificado a través de la frecuencia de las crisis de pánico en el último mes (tabla 1) y el grado de agorafobia de la escala de Marks-Matthews (tabla 3).

Respecto a la prevalencia vida, se aprecia que la fobia social tiene significativamente más trastornos depresivos, 75,5%, mientras que sólo afecta al 39,7% sin fobia social (p>0,01). Este grupo tiene por ello más depresión mayor (p<0,01) (tabla 2). La correlación de la escala de depresión del SCL-90 con la de fobia social del cuestionario de miedos de Marks & Mathews es altamente significativa (r: 0,41, p<0,001).

También hay una significativa comorbilidad del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) con la fobia social (p<0,05) (tabla 2). La correlación entre la escala de obsesividad del SCL-90 y la de fobia social del cuestionario de miedos de Marks & Mathews (r: 0,34, p<0,001).

No existe asociación entre la fobia social con subgrupos de pánico según la evitación fóbica (ver tabla 3). Por ello la correlación entre la escala de agorafobia y de fobia social del cuestionario de miedos de Marks & Mathews no es significativa (r: -0,12).

Los fóbicos sociales, tienen más altas puntuaciones en todas las escalas del SCL-90, excepto en la de fobias (tabla 3). Ello refleja una mayor alteración en las diferentes áreas exploradas por este cuestionario en los pacientes con fobia social. Mayor sensibilidad interpersonal, obsesividad, depresión, ansiedad, síntomas somáticos, hostilidad, paranoidismo y psicoticismo. La mayor gravedad clínica general viene reflejada por el índice general GSI del SCL-90. Previamente se ha observado que la sen-

TABLA III Diferencias en las escalas de miedos y SCL-90

	No fobia social (63)	Fobia social (20)
<i>Escala de miedos Marks & Mathews</i>		
Social	0,54±1,17	15,00±8,97***
Agorafobia	15,90±14,44	19,50±10,07
Sangre	10,90±7,91	14,25±11,70
<i>SCL-90</i>		
Somatización	1,18±0,76	1,60±0,71*
Obsesiv.	1,32±0,94	2,20±0,88***
Inter-Sens.	0,93±0,75	1,84±0,75***
Depresión	1,19±0,87	2,25±0,89***
Ansiedad	1,44±0,91	2,39±0,97***
Hostilidad	0,77±0,75	1,51±1,28***
Fobia	1,20±0,99	1,59±1,24
Paranoia	0,94±0,85	1,46±0,97**
Psicot.	0,58±0,58	1,30±0,88***
GSI	1,08±0,65	1,83±0,69***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

sibilidad interpersonal es la que suele constatar de forma más fidedigna la fobia social. En nuestro caso la correlación entre la sensibilidad interpersonal del SCL-90 y la escala de fobia social del Cuestionario de Miedos de Marks & Mathews es mayor que con las otras escalas del SCL-90 ($r: 0,46$, $p < 0,001$).

En la cuestionario de miedos de Marks & Mathews, los fóbicos sociales sólo puntúan más, como es lógico, en la escala de fobia social ($p < 0,001$) (tabla 3).

COMENTARIOS

La fobia social es muy frecuente en el trastorno de pánico en nuestro estudio, ya que afecta a una cuarta parte de los pacientes. Esta proporción es bastante similar a algunas referencias previas que varían del 22% (Barlow et al., 1986; Saranson et al., 1990) al 30% (Reiter et al. 1991) y confirma la importante comorbilidad entre ambas enfermedades.

La fobia social se inicia en la adolescencia y principio de la edad adulta (varía entre los 14,3 años a los 19,0 años) (Amies et al., 1983; Cameron et al., 1986; Marks & Gelder, 1986; Ost 1987; Solyom et al., 1986; Thyryer et al., 1985; Turner et al., 1986; Schneier et al., 1992) mientras que el trastorno de pánico entre la segunda y tercera década de la vida la edad adulta (23,9 años a 32 años) (Amies et al., 1983); Marks & Gelder, 1986; Ost 1987; Solyom et al., 1986; Thyryer et al., 1985; Burke et al., 1990). Por ello en la mayoría de los casos en que ambos trastornos son comórbidos la fobia social precede al trastorno de pánico. En nuestro caso sólo en el 5% de casos el trastorno de pánico precedió en su comienzo a la fobia social, en otros estudios previos varió del 31% (Stein et al., 1989) al 23% (Reiter et al., 1991).

Los trastornos de pánico con fobia social tienen una edad de inicio de las crisis de pánico más temprana. Podría hipotetizarse que la comorbilidad del trastorno de pánico con otras patologías con una edad de inicio más precoz, como la fobia social o el trastorno obsesivo compulsivo, podrían predisponer al inicio temprano del trastorno de pánico. Así Mellman & Uhde (1987) encontró que un grupo de pacientes con trastorno de pánico con síntomas obsesivo-compulsivos tenían una edad de aparición del trastorno de pánico más precoz que otro que no los presentaba. De todas formas deberían replicarse estos resultados en otros estudios, ya que recientemente Reiter et al. (1991) no encontraron diferencias respecto a la edad de inicio del trastorno de pánico entre los grupos con y sin fobia social.

Un hallazgo interesante de este estudio es que la comorbilidad del trastorno de pánico con fobia social induce una mayor gravedad clínica reflejado por varios hechos. Por una parte por la mayor puntuación en la escala de severidad general (GSI) del SCL-90. Por otra por la asociación con trastornos depresivos, en especial la depresión mayor, y el trastorno obsesivo-compulsivo.

Los trastornos depresivos aparecen en el 75,5% en pacientes con trastorno de pánico y fobia social, mientras que sólo afecta al 39,7% sin fobia social ($p < 0,01$). Este es un hallazgo de gran interés que ya ha sido constatado recientemente. Stein et al. (1989) han apreciado que el 94% de pacientes con trastorno de pánico y fobia social tenían más depresión mayor que el grupo sin fobia social (47%). Reiter et al. (1991) en su estudio similar halló una proporción de 73,3% y 40% respectivamente. Nuestros resultado son algo inferiores (40% vs. 12,7%, $p < 0,05$). La diferencia respecto a los estudios previos radica en el diagnóstico de trastorno distímico (35% vs. 25,4%) al que no se hizo referencia en los mismos.

La comorbilidad del trastorno de pánico asociado a fobia social favorece por tanto la aparición de trastornos afectivos, en especial de la depresión mayor. Las explicaciones de esta observación clínica serían diversas. Podría suponerse que el inicio precoz y el curso continuo de la fobia social asociado a factores de personalidad predisponentes podría favorecer la aparición de un trastorno depresivo, que podría agravarse por la aparición de crisis de pánico espontáneas e impredecibles (Stein et al., 1991).

La baja autoestima, escasa asertividad y elevada sensibilidad interpersonal se han relacionado con la aparición de patología depresiva en pacientes con trastorno de pánico y fobia social asociados (Reiter et al., 1991). Las cogniciones que se presentan en la fobia social se relacionan con síntomas de tipo depresivo derivados de la minusvalía y necesidad de aprobación a nivel social (Parker et al., 1984). La baja asertividad, rasgo de personalidad asociado a la fobia social, es un factor de vulnerabilidad para depresión (Miller et al., 1989; Olinger et al., 1987; Chambless et al., 1982). La obsesividad también sería un factor de vulnerabilidad general para depresión (Klein & Depue, 1985). En nuestro estudio los pacientes



con trastorno de pánico y fobia social tienen más obsesividad y sensibilidad interpersonal, lo cual favorece la aparición de pensamientos negativos que inducen depresión.

Por otra parte, la comorbilidad del trastorno de pánico con síntomas obsesivos, como ocurre en nuestra muestra, induce depresión. Mellman & Uhde (1987) encontraron que un grupo de trastornos de pánico con síntomas obsesivos tenía más depresión mayor (89% vs. 28%) y antecedentes familiares de trastornos afectivos (63% vs. 20%). Stein et al. (1989) refieren, ampliando esta observación, que es posible que el trastorno de pánico complicado por la presencia de cualquier otro trastorno psiquiátrico pueda incrementar el riesgo de depresión.

La comorbilidad del trastorno de pánico con el obsesivo-compulsivo y la fobia social no había sido descrita hasta la actualidad, aunque había datos previos que sugerían esta asociación. Rasmussen et al. (1986) en un grupo de 44 TOC (DSM III) un 14% tenía PD, un 9% agorafobia y un 18% fobia social. Por contra Scheier et al. (1992) en el estudio epidemiológico del ECA encuentran que los pacientes con fobia social tenían en un 16,6% depresión mayor, 12,5% distimia, 11,1% TOC y un 44,9% agorafobia asociada.

El trastorno de pánico asociado a la fobia social en el presente estudio, tiene una mayor gravedad clínica. La asociación con los trastornos depresivos, en especial la depresión mayor, y el trastorno obsesivo compulsivo así lo demuestra. Un estudio de tipo prospectivo y con un mayor número de pacientes, debería analizar si esta comorbilidad induce un peor pronóstico al trastorno de pánico, como así parecen sugerir estos resultados.

BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders». Revised Third edition Washington D.C. American Psychiatric Association, 1987.
2. ARGYLE, N.; SOLYOM, C. y SOLYOM, L.: «The structure of phobias in panic disorder». *Brit. J. Psychiatry*, 159: 378-382, 1991.
3. ARGYLE, N. y ROTH, M.: «The phenomenological study of 90 patients with panic disorder». *Psychiatric Developments*, 7: 187-209, 1990.
4. AMIES, P. L.; GELDER, M. G. y SHAW, P. M.: «Social Phobia: A comparative clinical study». *Brit. J. Psychiatry*, 142: 174-179, 1983.
5. AYUSO, J. L.; ALFONSO, S.; RIVERA, A. y GALLETERO, J. M.: «Relación de la ansiedad de separación infantil con el trastorno de angustia y agorafobia». *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 16 (S1): 31-38, 1988.
6. BARLOW, D. H.; DINARDO, P. A.; VERMILYEA, B. B. et al.: «Co-morbidity and depression among anxiety disorders». *J. Nerv. Ment. Dis.*, 174: 63-71, 1986.
7. BURKE, K. C., BURKE, J. D.; REGIER, D. A. y RAE, D. S.: «Age of onset of selected disorders in five community populations». *Arch. Gen. Psychiatry*, 47: 511-518, 1990.
8. CAMERON, O. G.; THYRER, B. A.; NESSE, R. M. y CURTIS, G. C.: «Symptoms profile of patients with DSM-III anxiety disorders». *Am. J. Psychiatry*, 143: 1132-1137, 1986.
9. CHAMBLESS, D. L.; HUNTER, K. y JACKSON A.: «Social anxiety and assertiveness: a comparison of the correlations in phobic and college student samples». *Behav. Res. Ther.* 20: 403-404, 1982.
10. DEROGATIS L. R.: «SCL-90: administration, scoring and procedures manual-I for Revised version». Baltimore: John Hopkins University School of Medicine Clinical Psychometrics Research Unit, 1977.
11. ENDICOTT, J.; SPITZER, R. J.; FLEISS, J. L. y COHEN J.: «The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance». *Arch. Gen. Psychiatry*, 33: 766-771, 1976.
12. KLEIN, D. N. y DUPUE, R. A.: «Obsessional personality traits and risk for bipolar affective disorder: an offspring study». *J. Abn. Psychol.* 95: 291-297, 1985.
13. LIEBOWITZ, M. R.; GORMAN, J. M.; FYER, A. J. y KLEIN, D. F.: «Social phobia: review of a neglected anxiety disorder». *Arch. Gen. Psychiatry*, 42: 729-736, 1985.
14. MARKS, I. M. y GELDER, M. G.: «Different ages of onset in varieties of phobia». *Am. J. Psychiatry*, 123: 218-221, 1986.
15. MARKS, I. M. y MATHEWS, A. M.: «Brief standard self-ratings for phobic patients». *Behav. Res. Ther.*, 17: 263-267, 1979.
16. MELLMAN, T. A. y UHDE, T. W.: «Obsessive-compulsive symptoms in panic patients». *Am. J. Psychiatry*, 144: 1573-1576, 1987.
17. MILLER, I.; NORMAN, W. y KEITNER, G.: «Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients: six and twelve-month follow-up». *Am. J. Psychiatry*, 146: 1274-1279, 1989.
18. OST, L. G.: «Age of onset in different phobia». *J. Abn. Psychol.* 96: 223-229, 1987.
19. OLINGER, L. J.; SHAW, B. F. y KUIPFER N.: «Nonassertiveness, dysfunctional attitudes and mild levels of depression». *Can. J. Behav. Sci.* 1987; 19: 40-49.
20. PARKER, G.; BRADSHAW G. y BIGNAULT I.: «Dysfunctional attitudes: measurement, significant constructs and links with depression». *Acta Psychiatr. Scand.*, 70: 90-96, 1984.
21. RASMUSSEN, S. A. y TSUANS, M. T.: «DSM III obsessive-compulsive disorder: clinical characteristics and family history». *Am. J. Psychiatry*, 143: 317-322, 1986.
22. REITER, S. W.; OTTO, M. W., POLLACK, M. H. y ROSENBAUM, J. F.: «Major depression in panic disorder patients with comorbid social phobia». *J. Affect. Dis.*, 22: 171-177, 1991.
23. SARANSON, W. C., BECK, A. T., BECK, J.: «Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships». *Am. J. Psychiatry*, 147: 1025-1028, 1990.



24. SCHNEIER, F. R.; JOHNSON, J.; HORNIG, C. D. et al. «Social Phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample». *Arch. Gen. Psychiatry*, 49: 282-288, 1992.
25. SOLYOM, L., LEDWIDGE, B., SOLYOM, C.: «Delineating social phobia». *Brit. J. Psychiat.* 149: 464-470, 1986.
26. SPITZER, R. y WILLIAMS, J.: «Structural Clinical Interview for DSM-III-R-Patient version (SCID-P,7,1,85)». Biometrics Research Departement State Psychiatric Institute. New York, 1985.
27. SPITZER, R. y WILLIAMS, B. W.: «Revised diagnostic criteris and a new structured interview for diagnosing anxiety disorders». *J. Psychiat. Res.*, 22 (Suppl.), 1: 55-85, 1988.
28. STEIN, M. B., SHEA, C. A. y UHDE, T. W.: «Social phobic symptoms in patients with panic disorder: clinical and theoretical implications». *Am. J. Psychiatry*, 146: 235-238, 1989.
29. THYRER, B. A.; PARRISH, R. T.; CURTIS, G. C. et al.: «Ages of onset of DSM-III anxiety disorders». *Comp. Psychiat.* 26: 113-121, 1985.
30. TURNER, S. M.; BEIDEL, D. C.; DANCU, C. V. y KEYS, D. J.: «Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder». *J. Abn. Psychol.*, 95: 389-394, 1986.