



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Ansiedad Social, Agorafobia, Ataques de pánico y el apego en la infancia.

Alumno/a: ¹ Violeta Ruiz Sánchez

Tutor/a: Luis Joaquín García
Dpto.: Psicología

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	Pg. 3-6
2.INTRODUCCIÓN.....	Pg. 6-7
3.DEFINICIÓN.....	Pg. 8-25
3.MÉTODO.....	Pg. 25-28
4.RESULTADOS.....	Pg. 31-46
6.DISCUSIÓN.....	Pg. 46-51
7.REFERENCIAS.....	Pg. 51-58

RESUMEN

Las personas con este trastorno tienen síntomas de ansiedad o miedo en ciertas o todas las situaciones sociales, como cuando conocen a personas nuevas, salen en citas, tienen una entrevista de trabajo, responden a una pregunta en clase o tienen que hablar con un cajero de una tienda.

El temor que tienen las personas con este trastorno en situaciones sociales es tan fuerte que piensan que controlarlo está más allá de su capacidad. Como resultado, el temor se interpone con su capacidad para ir al trabajo, asistir a la escuela o hacer cosas cotidianas. (Institutos Nacionales de la Salud, 2017).

El objetivo de este estudio consistió en encontrar comorbilidad entre Ansiedad Social y otros trastornos. Algunos de ellos son: Agorafobia y Trastorno de Pánico. Según la literatura, el origen de estas alteraciones se debe a un miedo en la infancia debido al no desarrollo adecuado de un vínculo con la madre "vínculo inseguro". Este trastorno es importante pues se generaliza a otras situaciones sociales dificultando esta interacción. ¿Por qué elegimos Ansiedad Social? debido al grado incapacitante y sufrimiento que sufre la persona que lo padece pues en la mayor parte de nuestras áreas vitales están presentes personas; tarde o temprano tendría que exponerse a esta situación y se debe realizar un entrenamiento apropiado para quien padezca de esta problemática.

Palabras clave: Ansiedad social, Agorafobia, Ataques de pánico, apego, Modelo parental, Adolescents and comorbilidad.

ABSTRACT

The objective of this study consisted in finding commobility between Social Anxiety and other disorders. Some of them are: Agoraphobia and Panic Disorder. According to the literature, the origin of these alterations is due to a fear in childhood due to the inadequate development of a bond with the mother "insecure bond". This disorder is important because it is generalized to other social situations making this interaction difficult. Why do we choose Social Anxiety? Due to the incapacitating degree and suffering that it supposes to the person who suffers it because in most of our vital areas people are present, sooner or later they would have to expose themselves to this situation and appropriate training should be carried out for those who suffer from

this problem.

Keywords: Social Anxiety, agoraphobia, panic attacks, Attachment, parental model, teenagers and comorbidity.

INTRODUCCIÓN

Según el Consejo General de Psicología de España en un artículo virtual publicado en el año 2015, todo el mundo puede sentir en algún momento de su vida ansiedad. Por ejemplo, en situaciones, tales como la presión de ajustarse a un plazo de entrega determinado o asistir a un evento social. Experimentar esta forma leve de ansiedad puede ayudar a una persona a estar más alerta y prepararse para hacer frente a un

desafío o a una situación amenazante. Sin embargo, "cuando el miedo experimentado es extremo y persiste la preocupación ante la situación que lo suscita, podríamos estar ante un trastorno de ansiedad". (APA, 2020).

La Ansiedad Social, también denominada "Fobia Social" se caracteriza por un miedo intenso, persistente y excesivo en respuesta a una o más situaciones sociales o actuaciones delante de otros en las que la persona se ve expuesta a gente desconocida. Es la posibilidad de obtener una evaluación por parte de los demás lo que incapacita y crea tanto desconcierto a estas personas, al igual que temen que se cumplan estos pensamientos y emociones negativas y se manifieste de tal modo que los demás se percaten de su dificultad y sentirse por tanto, más ruborizados y avergonzados aún. Las situaciones no se limitan a situaciones únicamente que el sujeto ya conozca sino que puede generalizarse a nuevas, cualquier situación en la

que haya presente personas. Por este motivo, este trastorno es realmente incapacitante pues encontramos personas en todas las áreas de nuestra vida: profesional, familiar, social y sentimental. (Badós, 2017).

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOPATOGENIA Y CONMORBILIDAD DE TAS, AG Y T.A.

Según el DSMV, "el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses en los tres trastornos de ansiedad. La única especificación para no incluirlo en la categoría "Fobia Social" estaría relacionada en caso de que el miedo fóbico se produzca en situaciones que incluyan hablar o actuar en público".

En términos epidemiológicos, la prevalencia del trastorno de pánico "Trastorno de

angustia" oscila entre el 1% y el 3% de la población general, habiéndose comprobado que aproximadamente el 5% de los pacientes atendidos en atención primaria cumplen criterios para su diagnóstico.

La agorafobia tiene una prevalencia anual del 0,3%. Esta patología suele comenzar habitualmente en la adolescencia tardía y en los primeros años de la tercera década de la vida. Afecta principalmente a la mujer, siendo la distribución por sexos de 2:1 en relación con el varón. En este sentido la citada agorafobia tiene una mayor gravedad y comorbilidad psiquiátrica, así como una mayor carga genética que ambiental en el sexo femenino. Cuanto antes aparezca la enfermedad, mayor será la carga genética y peor la evolución. Por lo general, esta patología tiene un carácter crónico, aunque con una intensidad muy variable a lo largo de la vida del afectado.

Conviene destacar la fuerte asociación existente entre agorafobia y trastorno de pánico, ya que el 75% de los pacientes que sufren la primera, padecen también el segundo, frente al 50% en población general. Este tándem agorafobia- trastorno de pánico, se diagnostica principalmente en pacientes que acuden con síntomas somáticos para los que no hay una clara justificación médica.

Como ya hemos mencionado, es frecuente que haya comorbidades psiquiátricas, entre las que se incluyen; la depresión y el alcoholismo, a lo que se une un porcentaje nada despreciable de intentos de suicidio.

En cuanto a la etiopatogenia de la agorafobia- trastorno de pánico no está totalmente establecida, actualmente se admite que en su origen existen condicionantes genéticos y neurobiológicos.

Según las academias americanas de psiquiatría, en la agorafobia inicialmente aparecen crisis de pánico espontáneas, seguidas de una progresiva ansiedad anticipatoria con las siguientes conductas de evitación, las cuáles desembocan en la clínica agorafóbica; esta se considera la fase última y más grave del trastorno de pánico. Considerando la hipótesis neurobiológica, hay que destacar dos hechos fundamentales: por un lado, todas las conductas son aprendidas, asociándose en algún momento de la vida a estímulos favorables o desfavorables, lo que supone la adopción de una connotación que se va a mantener posteriormente. La angustia sería el resultado de un proceso de condicionamiento. Por otra parte, diferentes estudios han investigad

En cuanto a lo que enfermedades mentales se refiere, el trastorno de pánico asociado a la agorafobia aparece tras sufrir una crisis de pánico; también es muy

frecuente que el citado trastorno de pánico ocurra simultáneamente con el trastorno de ansiedad generalizada. En lo que respecta a las fobias específicas, es bastante habitual la asociación de trastorno de pánico y fobia social.

Respecto a otras comorbilidades merece especial mención la asociación entre trastorno de pánico y depresión, comorbilidad ampliamente demostrada y aceptada en psiquiatría. Hay autores que postulan que la depresión es un factor de riesgo que favorece la aparición del trastorno de pánico, mientras que para otros, la asociación es inversa; finalmente, otro grupo de investigadores afirman que ambas alteraciones son manifestaciones distintas de un trastorno común. Cuando existe esta comorbilidad, un 20% de los afectados realizan algún intento de suicidio. Por último, la comorbilidad pánico- depresión se caracteriza por una mayor gravedad y resistencia al tratamiento en comparación con los pacientes que solo padecen

trastorno de pánico. (Gómez, 2012).

Para efectuar el diagnóstico de Trastorno de Pánico, también llamado Crisis de Angustia y Trastorno por agorafobia, los especialistas se basan en los criterios diagnósticos del DSM- V O DEL CIE- 10, dos clasificaciones de las enfermedades consensuadas por especialistas de diferentes nacionalidades y reconocido prestigio.

La fuente para el diagnóstico del Trastorno de Pánico es la "American Psychiatric Association". Según esta entidad, la definición de "Trastorno de Pánico" consiste en la siguiente definición: " un ataque de pánico es la aparición súbita de un miedo intenso o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo, se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes: *palpitaciones, golpeteo de corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor o*

sacudidas, sensación de dificultad para respirar o de asfixia, sensación de ahogo, dolor o molestias abdominal, sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor, parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueos), desrealización (sensación de irrealidad o despersonalización (separarse de uno mismo), miedo a perder el control de "volverse loco" y miedo a morir.

Un ataque de pánico puede iniciarse desde un estado de ansiedad o en estado de calma. Pueden ser esperados o inesperados. Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable).

Al menos a uno de los ataques (duración de un mes) les ha seguido uno o dos de los

siguientes acontecimientos: *inquietud o preocupaciones continuas acerca de otro ataque de pánico, o de sus consecuencias (pérdida de control, ataque al corazón, sensación de volverse loco) y un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).*

Según los criterios del CIE- 10 para el diagnóstico de Trastorno de Pánico "Organización Mundial de la Salud". Su característica esencial es *la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares.* Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas de ansiedad predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de: *palpitaciones, dolor precordial,*

sensación de asfixia, mareo o vértigo, sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización) y/o casi constantemente hay un temor secundario a morirse, a perder el control o a enloquecer.

Cada crisis suele durar unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastantes variables.

A menudo, el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que lo padecen, *terminan por salir, escapar de dónde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, un autobús o en una multitud, como consecuencia, el enfermo puede en el futuro tratar de evitar esa situación.* Del mismo modo, *frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan*

a tener miedo, a estar sólo o ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo, se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico. (Gómez, 2012).

Con estos criterios y una breve descripción del constructo "Ansiedad Social" y su relación o comorbilidad con otros trastornos y la influencia de un vínculo seguro en la infancia en el desarrollo de un tipo de trastorno de personalidad u otro y del estado de ánimo, podemos entender causas y por tanto posibles soluciones. Por este motivo, hacemos mención a la evolución del término y algunos autores que han tratado esta problemática:

La versión más reciente que se ha encontrado ha sido la de un artículo científico virtual redactado en el año 2018 y publicado en el 2020 en la revista *Foundation for Medical Education and Research*. Junto a la definición propuesta por Arturo Badós

López en el año 2017, los autores García, L. J, Muela, J.A y Espinosa. L en su obra "*Promoción de la salud y bienestar emocional en adolescentes*" y en otra obra "*Avances en el Campo de estudio del Trastorno de Ansiedad Social en adolescentes: El papel de la emoción expresada*" publicada en el año 2016 son los artículos científicos más recientes y actualizados encontrados que nos proporciona una visión cercana a la realidad de síntomas de ansiedad en adolescentes como se asocian a otros trastornos y su vivencia a nivel emocional.

En cuanto a los criterios para identificar los síntomas que conforman este síndrome, según el DSM V publicado por la American Psychiatric Association el día 29 de Agosto del año 2017: *El Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)* debe de cumplir los siguientes criterios:

- 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).

En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

- El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

- Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

- Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos

de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

- El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

- Si existe otra afección médica (p.ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Según estudios, los síntomas de ansiedad se asociaron a Trastornos de personalidad: Trastorno de Personalidad Límite e Histriónico y a otros de carácter afectivo: depresión y adicción a Internet (Gallá, 2014). Por ello, es importante un análisis de la relación entre "Los tipos de apego" y su relación con "posibles

trastornos en la infancia y adolescencia".

EL PAPEL DEL APEGO EN LA INFANCIA Y SU RELACIÓN CON ANSIEDAD.

Se incluyó el papel del apego en la infancia; según la literatura científica es un precursor de síntomas de ansiedad y en exclusiva, del desarrollo de "ansiedad social". Se comprobó que el vínculo inseguro o ambivalente genera en el niño irritabilidad y desconfianza hacia sus progenitores, llanto, deterioro emocional y personal, "Niños rechazados que sufren maltrato o abuso sexual por parte de padres pueden experimentar conflictos de identidad y autolesiones. (Sanchis, 2008). Un modelo autoritario o indiferente también se asocia con un desarrollo de apego inseguro. (Duarte, 2016). Otros estudios muestran neuronas receptivas susceptibles

al tacto, que muestran alivio a través del contacto con la madre; disminuyendo el llanto e irritabilidad en el bebé. "Psicobiología del desarrollo". Estos datos indican que un vínculo inseguro genera ansiedad en el niño. (Sierra y Santelices, 2011).

La localización del área en la que se produce ansiedad es relevante. Nos indica qué fenómenos y cambios estructurales suceden en esa región para poder paliarlos con estímulos físicos (deporte) o estímulos artificiales (farmacológicos). Se precisa una disminución de neuronas serotoninérgicas y un aumento de la hormona del miedo causando miedo a nivel emocional, pensamientos negativos, a nivel cognitivo y bloqueo o huida a nivel conductual. (Pérez, 2003).

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES

La asociación subraya la importancia de la intervención temprana, de cara a

evitar consecuencias más graves. Por ejemplo, las personas que sufren crisis de angustia recurrentes tratan de evitar cualquier situación que temen podrían desencadenar una nueva crisis. Estas conductas de evitación pueden crear problemas, al entrar en conflicto con las obligaciones laborales, familiares u otras actividades básicas de la vida diaria.

No obstante, la APA se muestra optimista en cuanto a las perspectivas de recuperación a largo plazo, siempre que se busque “tratamiento con el profesional adecuado”. A este respecto, afirma que los profesionales de la Psicología están altamente capacitados y cualificados para diagnosticar y tratar con éxito a las personas con trastornos de ansiedad mediante técnicas basadas en la evidencia, tales como la terapia cognitivo-conductual (TCC), una forma de Psicoterapia cuya eficacia ha sido demostrada empíricamente, y que se aplica con el objetivo de ayudar

a las personas a identificar y aprender a manejar los factores que contribuyen a su ansiedad.

La TCC implica el uso de técnicas orientadas a reducir o detener las conductas no deseadas asociadas a estos trastornos. Por ejemplo, a través del entrenamiento en técnicas de relajación y respiración profunda, se enseña a contrarrestar la agitación y la respiración rápida y superficial que acompañan a algunos trastornos de ansiedad.

Igualmente, este tipo de terapia puede ayudar a estos pacientes a entender en qué forma sus pensamientos e ideas favorecen la aparición de los síntomas, y aprender el modo de cambiar estos patrones de pensamiento, para reducir tanto la probabilidad de ocurrencia como la intensidad de la reacción. El incremento de la

conciencia cognitiva del paciente suele combinarse con técnicas de conducta, con el fin ayudar al individuo a enfrentarse gradualmente y tolerar situaciones que le provocan miedo, dentro de un entorno controlado y seguro.

Para finalizar, en un artículo virtual de la APA publicado en el año 2015, se enumeran otros métodos de tratamiento, como la Psicoterapia de Grupo (una forma especial de terapia, cuyo interés radica en que la intervención se realiza de modo grupal y el paciente puede beneficiarse del apoyo de los otros miembros), o la Psicoterapia familiar para ayudar a los familiares a entender el diagnóstico de su ser querido, y aprender nuevas formas de interactuar que no refuercen la ansiedad y los comportamientos disfuncionales asociados.

En cuanto al tratamiento farmacológico en adolescentes se emplean los siguientes:

psicoestimulantes, "metilfenidato en diferentes formulaciones galénicas y dimesilato de dislexanfetina y no psicoestimulantes: atomoxetina, inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina (ISRN) y guanfacina de liberación prolongada. (Sánchez, 2018 y McGraw- Hill, 2012).

METODOLOGÍA

La selección de los estudios para esta revisión sistemática ha tenido que cumplir los siguientes criterios: (1) el inglés o español debía ser el idioma por excelencia. (2) debían contar con la presencia de al menos una palabra clave y/o resumen del artículo. (3) no debían presentar duplicidad, es decir, el estudio no ha de estar presente en otra base de datos dónde se ha realizado la búsqueda). (4) Debían

ser de carácter experimental y (5) El rango de edad de la población tenía que ser de 12 a 18 años mediante las fuentes Pubmed y PsicoInfo. (6) Agorafobia y "Trastorno de Angustia" como trastornos comórbidos asociados a la "Ansiedad Social".

La estrategia de búsqueda consistió en introducir en el buscador de la base de datos, las siguientes palabras clave: "Social Phobias AND Anxiety Disorders", "Adolescent", "Parents" AND "Secure Attachment". En una primera búsqueda se encontraron un total de 200 y en la segunda, 70; y se incluyeron y excluyeron artículos según los criterios establecidos hasta reducir a una muestra de 15. (Tabla de resultados).

DIAGRAMA DE FLUJO

Tras la búsqueda se procedió a la eliminación de artículos que no cumplían los criterios de inclusión, a través de la lectura del título y del resumen como de la lectura crítica completa de los trabajos potencialmente relevantes y comenzamos a seleccionar artículos conforme a nuestros criterios. Se seleccionaron 70 artículos de una muestra total de 200.

BÚSQUEDA LITERARIA

Base de datos: Pubmed, MedLine y PsycInfo

Palabras clave: adolescent, anxiety social disorder (SAD)

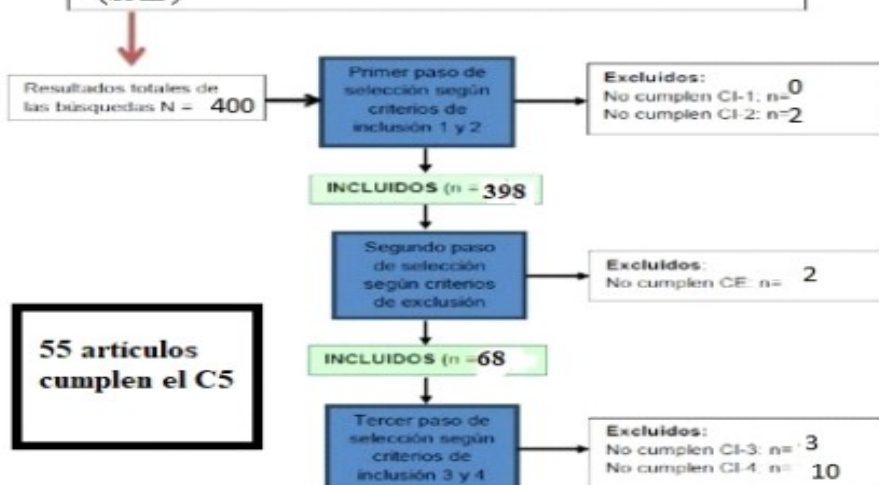


Imagen 1. Diagrama de flujo.

VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Este método "revisión sistemática" tiene unos parámetros que lo sitúan en uno de los diseños más utilizados recientemente en diferentes investigaciones. Es un diseño eficiente que permite incrementar el poder de la estimación, así como la consistencia y generalización de resultados; y hacer además una evaluación estricta de la información publicada. Al combinar la información de diversos estudios primarios o

individuales, permiten analizar la consistencia de los resultados. Integrando estudios que buscan dar respuesta a una misma pregunta, se consigue aumentar el tamaño de la muestra, y por ende, se incrementa el poder estadístico. Esta característica permite incrementar "la validez externa" o "generalización de los resultados. Es así como un efecto similar en diferentes ámbitos, con criterios de inclusión y exclusión diferentes para los sujetos en estudio, puede darnos una idea de cuan robustos y trasladables son los resultados de una revisión sistemática (RS) a otros ambientes. (Manterola, 2013):

La ventajas que se nos presentaron radican en la posibilidad de destacar, la utilidad de la aplicación de una revisión sistemática en un estudio científico. El método utilizado basado en la estrategia de palabras clave para buscar la información que nos interesa nos agiliza la búsqueda y nos permite acceso solo a los artículos que

necesitamos, sin necesidad de leer toda la globalidad que incluye todas las investigaciones basadas en esta temática; filtra información que no nos sirve y nos permite indagar en lo concreto, fiable y seguro, pues necesitamos unos parametros concretos no todo lo que engloba un trastorno de ansiedad. En cuanto a **las desventajas**, un volumen escaso de artículos basados en experimentos con grupo control (con o sin tratamiento). Aún así, damos preferencia a los experimentales, uno de los criterios que tuvo que cumplir el estudio (criterio 5). Intentando cubrir todos y cada uno de los criterios establecidos aunque tuvieramos que excluir demasiados artículos entre un total de 400, y la muestra seleccionada quedara algo escasa y poco representativa de la población.

RESULTADOS

Se seleccionaron 15 artículos y en este estudio se incluyeron algunos de ellos. Las palabras clave que se utilizaron son: "Ansiedad social" "apego en la infancia" "adicción a internet en infancia y adolescencia" "alteraciones de ansiedad" e "infancia, "adolescencia" y "edad adulta". Aunque obtuvimos como resultados palabras clave y trastornos que no se habían introducido en el buscador asociados al Trastorno de Ansiedad Social: "Alexitimia" "Trastorno Afectivo Emocional" y "Trastorno del Lenguaje y Comprensión emocional". Otros asociados pero no incluidos: "Déficit de Atención e Hiperactividad", estos cinco últimos asociados al periodo infantil. Estas terminologías asociadas a un trastorno principal: "Ansiedad Social". Algunos de los inconvenientes en los resultados, fue la escasa nitidez en la identificación del método empleado y la necesidad de introducir "sinónimos" e incluir "palabras clave nuevas". Por ejemplo: teenagers "adolescentes" sustituyendo

"adolescents" Los resultados no eran congruentes con las palabras introducidas en la búsqueda o eran inexistentes.

Una última ventaja, es el número elevado de artículos en niños y adolescentes, artículos recientes y predominancia de artículos en humanos (recolección de datos) mediante cuestionarios frente (animales) más accesible, sencillo y menos dificultoso. .

En su mayoría, se encontraron diseños de análisis exploratorio y cuasi- experimental. Los artículos incluidos en el cuadro de "resultados" son de tipo experimental con grupo control y grupo tratamiento.

Finalmente, obtenemos la cantidad suficiente que nos permita observar el fenómeno "Ansiedad Social" y su relación con otros trastornos en exclusiva "Ataque de pánico"

y "Agorafobia", incluyendo trastornos con síntomas en ansiedad asociados al Trastorno Principal y cuyo desarrollo nos indica que fue en la infancia pues en los artículos se encontraron muestras en infancia y en la edad adulta, influyendo estos en el desarrollo de la personalidad "con alteraciones en personalidad". Por ejemplo: Trastorno Histriónico, Trastorno Límite de la Peronalidad, Trastorno Disociativo o Trastorno de Despersonalización (percibirse desde el exterior). Estos trastornos influyen en emoción, cognición y conducta y de ahí la importancia de este estudio, pueden influir de manera otable cambiando de forma notable la trayectoria de la persona. Nuestro objetivo es que esa trayectoria sea trayectoria sea satisfactoria y sin sufrimiento personal, de ahí la necesidad de un estudio exhaustivo en estas etapas del desarrollo tan relevantes. infancia y adolescencia.

TABLA DE RESULTADOS

Nombre primer autor/ año	Muestra	Variables analizada s	Trastorn o	Resultados	Conclusiones
Butterfield , RD/2020	N: 30 adolescent es Edad media:11.5	Género Edad Etapa adolescent	Ansiedad y síntomas depresivo s	Un mayor calor materno predijo una activación	<u>El calor</u> <u>materno se</u> <u>asoció con la</u> <u>ansiedad y los</u> <u>síntomas</u>

	8	e		neural más baja durante la crítica, en comparación con la respuesta durante las declaraciones neutras, en la amígdala	<u>depresivos de los adolescentes</u> debido a los efectos indirectos de la activación de sgACC, lo que sugiere que la crianza puede atenuar el riesgo de
	DT: 1.26				
	Rango: 12-18				

					izquierda, la ínsula bilateral, el cíngulo anterior subgenua (sgACC), la corteza prefrontal ventrolateral de la derecha y la corteza	internalización a través de sus efectos sobre la función cerebral
--	--	--	--	--	---	--

					cingulada anterior.	
--	--	--	--	--	---------------------	--

Nombre primer autor/ año	Muestra	Variables analizadas	Trastorno	Resultados	Conclusiones
Yasunori Nishikawa/2017	<u>Dos</u> <u>muestra</u>	Edad Género	Ansiedad social	La necesidad de	Los participantes con ansiedad

	<u>s:</u> N: 745 N: 186		(SAD) Ansiedad generaliza da (TAG) Trastorno Obsesivo Compulsiv o (TOC) Trastorno afectivo emocional	aprobación (NFA) predijo la respuesta del tratamiento a los temores relacionado s con causar molestias a	social (SAD) demostraron puntajes significativament e elevados en comparación con los participantes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), TOC y
--	---------------------------------------	--	--	---	--

			(TAE)	los demás, con un mayor cambio	trastorno de pánico con o sin agorafobia.
--	--	--	-------	---	---

Nombre primer autor/ año	Muestra	Variables analizada s	Trastorno	Resultados	Conclusiones
Wu,	N: 373	Género	Gelotofobi	Ser altamente	El apego entre

CL/2018	Estudiante s de secundaria Edad media:	Edad Estudiante	a y alteracione s en el vínculo de apego	comunicativo y un apego cercano, junto con una crianza excesivament e protectora y controladora, influyen en la gelotofobia de los niños.	padres e hijos tiene una influencia directa (<u>a mayor apego, mayor temor social y a menor apego, menor temor social</u>) e indirecta (<u>a menor apego,</u>
---------	--	-------------------------------	---	--	--

<u>Nombre primer autor/año</u>	<u>Muestra</u> N= 42 adolescent	<u>Variables analizadas</u> <u>s</u>	<u>Trastornos</u>	<u>Resultados</u> Encontramos una	<u>mayor temor social y a mayor apego, menor temor social)</u> sobre el cuidado y la protección parentales percibidos y el temor de los niños a que se rían de ellos.
---	--	---	--------------------------	--	--

Öztürk Y/ 2020	es (12- 18).	Edad Sexo	Trastorno afectivo emocional (TAE) y Ansiedad Social (SAD)	disminución estadísticame nte significativa en las puntuaciones de apego de pares y padres en comparación con SAD y controles	<u>Conclusiones</u> Los resultados de este estudio indican que <u>los</u> <u>déficits de ToM</u> <u>y el estilo de</u> <u>apego inseguro</u> <u>pueden jugar</u> <u>un papel</u> <u>importante en</u>
-------------------	-----------------	------------------	--	--	---

				sanos ($p < 0.05$). Se ha encontrado una correlación negativa entre la gravedad de SAD y tanto las tareas de ToM como el apego.	<u>la etiología y el tratamiento del TAE en adolescentes.</u>
--	--	--	--	---	---

<u>Nombre primer autor/ año</u>	<u>Muestra</u>	<u>Variables analizadas</u>	<u>Trastorn o</u>	<u>Resultados</u>	<u>Conclusiones</u>
Mangal A/ 2017	N=742 colegialas adolescent es	Chicas Colegio privado/ colegio público	Adicción a Internet (IA)	Los adolescente s adictos a Internet con trastorno depresivo mayor comórbido	Habían mostrado una <u>asociación</u> <u>significativa</u> con casos positivos de las niñas. . Entre <u>los</u>

				tenían niveles más altos de alexitimia y niveles más bajos de disponibilidad emocional en sus padres.	<u>factores psicosociales,</u> <u>los patrones de sueño anormales</u> <u>(1.9) y la alteración en los estudios</u> <u>(2.3) se han encontrado estadísticamente</u>
--	--	--	--	---	---

					significativos para la presencia de <u>problemas de</u> <u>salud mental</u> <u>entre las</u> <u>adolescentes</u> <u>según el</u> <u>puntaje GHQ.</u>
--	--	--	--	--	--

Imagen 2: Cuadro de resultados

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este proyecto es una revisión sistemática sobre la comorbilidad de los trastornos de ansiedad social, agorafobia y ataques de pánico, incluyendo la influencia del papel del vínculo de apego que se desarrolla en la infancia y su efecto en adolescentes y en la vida adulta con el fin de encontrar los mejores artículos científicos sobre todos los temas a tratar del trabajo, encontrar un sentido científico a la relación que hay entre los trastornos principales y por qué se produce la comorbilidad entre ellos.

Con respecto a la revisión de la información, los principales problemas con los que me he encontrado han sido los siguientes: en primer lugar, existen limitaciones en la información derivadas de la dificultad de comparar resultados. En segundo lugar, los

estudios recuperados, y por tanto, los resultados hallados, son procedentes de otros países y están recogidos en lengua inglesa, lo que nos muestra, la inexistencia de estudios de este tipo en nuestro idioma. Esto quiere decir que en España se tiene escasa información sobre la incidencia de estas terapias en nuestra población clínica, A pesar de las limitaciones metodológicas, se puede sostener que la TCC es un procedimiento terapéutico válido para el tratamiento de la ansiedad social. Se necesitarían revisiones más rigurosas para consolidar estos hallazgos.

La mayoría de artículos indican la influencia de un vínculo de apego en la infancia: es decir, un vínculo inseguro por parte de la madre, creando inestabilidad en el niño, convirtiéndose en adultos inseguros, inestables, con problemas desapatativos en el entorno que les rodea; problemas en la interacción con otros y lugares en los que haya gente, hablar en público, falta de valía o disminución de la autoestima de

manera global. En los que la persona desarrolló en sus áreas cerebrales distintas a las de un cerebro normal cuyas áreas implicadas en la emoción se encuentran hiperactivadas y sesgadas. Si sucede esto, podemos llegar a la conclusión que la madre no brindó afecto a su hijo, caricias, cercanía o algún trato cariñoso en las etapas tempranas en las que se está desarrollando el apego hacia los progenitores. Este hecho se generaliza al resto de interacciones pues se interioriza que si una vez has sido rechazado, puedes volver a serlo. Esto genera sentimientos de impotencia, miedo, baja tolerancia a la frustración, incertidumbre, irritabilidad, emociones negativas que incapacitan a la persona a enfrentarse a la situación social que le produce miedo pues piensa que será rechazado de nuevo. ¿Por qué surge en la adolescencia?, a nivel biológico es la etapa de reafirmación y búsqueda de la propia autonomía personal.

Estas personas aprendieron a no percibir cariño, interiorizando la creencia de que el mundo es un lugar inseguro en el que no se sabe que va a suceder pues han experimentado un peligro. Esta hipótesis se aprecia en la "Teoría de la reactividad al apego" que habla de que es un síndrome novedoso que se puede diagnosticar mediante el DMV. Estas personas deberán adoptar un sobreesfuerzo en sus interacciones para que el contacto con las personas sea exitoso o directamente actuarán con indiferencia porque han aprendido que no será aceptado y no quiere volver a experimentar una experiencia negativa de ese tipo.

La tolerancia a la frustración también está afectada en estas personas. Tienen baja tolerancia a la frustración pues se les enseñaron sus progenitores que también está vinculado al modelo parental que utilizan: autoritario o indiferente, son los asociados con estos trastornos que estudiamos: ansiedad social, agorafobia y

ataques de pánico. Todos empeoran con estrés y en situaciones con personas. Es cierto que en la edad adulta se puede paliar pero con bastante exposición mediante terapia cognitiva o alguna otra que sea efectiva; tiene bastante aceptación "La reestructuración cognitiva" para cambio de creencias de miedo a creencias positivas. ¿Por qué hablo de esto? porque es importante saber que una incapacidad en estas etapas tan tempranas como es la adolescencia puede mermar la capacidad de la persona e invadirla para su vida adulta, no tendría éxito ni a nivel profesional ni personal, si estas creencias erróneas aprendidas socialmente no les son reestructradas a tiempo. Por eso destaco este aspecto. Debido a la importancia de que estos datos lleguen a los padres de niños con algunos síntomas tempranos para que los lleven a tiempo al psicólogo y puedan recuperarse, dejando a un lado, los tabues españoles que consisten en "ir al psicólogo es malo" o el "qué dirán" lo

importante es la vida de las personas, su salud y con ella su felicidad por encima de cualquier cosa pues sino no podría desarrollarse en la vida de manera adecuada llegando a sentirse inútil sin recompensas de aurrealización.

BIBLIOGRAFÍA

Bados, A (2017). Agorafobia y pánico. *Facultad de Psicología*. (3- 148).

Consejo General de Psicología en España. (2020). Trastornos de Ansiedad y Tratamientos eficaces, según la APA. *Infocop On-line*. 1886- 1385.

Consejo General de la Psicología en España. (2019). ¿Por qué la terapia cognitivo conductual es el tratamiento psicológico de referencia?. *Infocop On-line*, 1886- 1385.

Duarte Rico, Lida, García Ramírez, N y Rodríguez Cruz, E. (2016). Las prácticas de crianza y su relación con el vínculo afectivo. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*. (9): 2, 113-124.

Espinosa Fernández, L, Muela, J.A y García López, L.J. (2016). Avances en el campo de estudio del Trastorno de Ansiedad Social en adolescentes: El papel de la

104. emoción expresada. *Revista de Psicología Clínica con Niños* (3): 2, 99-

Institutos Nacionales de la Salud.(2017).Trastorno de Ansiedad Social: Más allá de la simple timidez.*Mental Health Information*, (SQF), 16- 4678.

Jerez, S y hernán, S. (2014). DSM 5: Nueva Clasificación de los Trastornos Mentales.

Revista Chilena de Neuro- Psiquiatría. (52): 1, 7- 66.

Gallá Ballester, C, Molero Mañes, R. J y Gil LLario, M.D. (2014). Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo. *International Journal of*

Development and Educational Psychology. (3):1 375- 383.

Gómez Ayala, A.E. (2012). Trastornos de Ansiedad: Agorafobia y crisis de pánico.

Farmacía Preventiva (26): 6, 33- 39.

Organización Mundial de la Salud. Síntomas de la Crisis de Angustia o Trastorno de Pánico: Criterios Diagnósticos según las Clasificaciones Internacionales.

Clínica de la Ansiedad.

Manterola, C y Cols. (2013). Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe

saber acerca de ellas. *Cirugía Española*. 91(3): 149- 155.

Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Editorial Psimática.

McGraw- Hill. Clarck, D.A y Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Madrid: Desclée de Brouwer.

Quiroga Méndez, P. (2018). Trastornos asociados al apego, últimas aportaciones. *Interpsiquis: XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría*. (1-22).

Pérez, M. (2003). Dónde y cómo se produce la ansiedad: sus bases biológicas. *Revista*

Ciencia, (17-28).

Tortella- Feliu. M (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM- 5. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace Revista Iberoamericana de Psicosomática*. (110), 62-69.

Sánchez Macaraque (2018). Psicofarmacología en niños y adolescentes.

Psiquiatría Infanto- Juvenil. Centro de Salud Mental Jame Vera (3):0, 35- 143.

Sanchis Cordellat, F. (2008). *Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes*. Universitat Ramon Llull, Valencia, España.

Santelices Álvarez, M.P, Guzmán González, M y Garrido Rojas, L. (2011). Apego y Psicopatología: Estudio comparativo de los estilos de apego en adultos con y sin sintomatología ansioso- depresiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* (20): 1, 49- 55.

Sierra, García, P. (2011). El vínculo afectivo de apego: Investigación y desarrollo.

Revista Acción Psicológica. (8): 2, 5-7.

Tortella- Feliu. (2014). Los
Trastorno
s de Ansiedad en el DSM- 5. *C. Med. Psicosom*
(110), 62-69.

Vidal Ledo, M, Oramas Díaz, J. y Borroto Cruz, R. (2015). Revisiones Sistemáticas.
Búsqueda Temática Digital (1): 29, 198- 207.

Zubeidat, I, Fernández Parra, A, Sierra, J.C y Salinas, J.M. (2008). Evaluación de
factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en

adolescentes. *Salud Mental* (31), 189. 196.