



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Prevalencia, evolución y comorbilidad en Trastorno de Ansiedad Social, Agorafobia y Trastorno de Pánico en la infancia y relación con un Apego Inseguro

Alumno/a: Violeta Ruiz Sánchez

Tutor/a: Luis Joaquín García López
Dpto.: Psicología

Junio, 2021

Índice

1. Resumen.....	Pg 3
2. Introducción.....	Pg 4
3. Marco teórico.....	Pg 4- 12
4. Metodología.....	Pg 12- 16
5. Resultados.....	Pg 16- 25
6. Discusión.....	Pg 25- 27
7. Conclusiones.....	Pg 28.
8. Bibliografía.....	Pg 28- 35
ANEXOS.....	

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, Adolescentes and comorbilidad.

Abstract

The objective of this study consisted in finding comorbidity 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, etiopatogénia y comorbilidad de TAS, AG y TP.

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.

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) le 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 morir, 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 la ansiedad.

Se incluyó el papel del apego en la infancia pues 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 suceptibles al tácto, que muestran alivio a través del contacto con la madre; disminuyendo el llanto e irritabilidad en el bebé según la obra académica: "Psicobiología del desarrollo". Estos datos indican que *"un vínculo inseguro genera ansiedad en el niño"*. (Sierra y Santelices, 2011).

En cuanto a la etiología de "un apego inseguro" en la literatura científica, aparece asociado al "trastorno dependencia emocional". Una vez más se confirma comorbilidad con "ansiedad social".(Bowlby, 1993). La dependencia emocional es *"una conducta de anhelo hacia otra persona con dificultad en un alejamiento a pesar de sufrir un daño psicológico o físico"* Se comprobó que personas con un desarrollo de apego inseguro en la infancia tienen mayor

probabilidad de desarrollar "dependencia emocional" que personas con "un apego seguro" en la infancia. (Castelló, 2005) y (Bowlby, 1993).

La Psicología Positiva desarrolló un enfoque actualizado hacia el tratamiento de estas personas con técnicas de autoeficacia y otras emociones positivas: responsabilidad, esperanza, resiliencia...las cinco fortalezas de las personas. (Golemán, 1996), al igual que se averiguó un método práctico con mejores resultados en la persona que el modelo teórico (Golemán, 1996 y 1999).Pues la "memoria procedimental y autobiográfica" con los almacenes de memoria cuyo contenido es más fácil de recuperar que otro tipo de "memorias", memoria semántica, al igual que "los recuerdos negativos y emocionales". (Barragán, 2014).

Se comprobó que estas fortalezas no eran únicamente efectivas en el área personal sino que tuvo una transcendencia en el área laboral; una de las áreas vitales de la persona, asociada directamente con "el bienestar emocional" (Totterdell y Niven, 2014) siguiendo la línea de su antecesor Steve Fineman en su obra publicada en el año 1993 "Emotions in Organizations" y también centrado en el bienestar psicológico en ámbitos organizacionales (Herrera, 2015). Esta teoría se centra en una mejora del bienestar de las personas aumentando la frecuencia de estas emociones en los sujetos que sufren dependencia emocional mediante los ejercicios obtenidos de la obra:

"Explora tus emociones para avanzar en la vida" de Rosa Barocio.

El modelo de inteligencia de Salovey y Mayer demostró que una persona que sufre inteligencia emocional no tiene afectada el constructo "inteligencia" sino que se demuestra la existencia de un tipo de inteligencia centrada en la " percepción, comprensión y autoregulación de nuestras emociones y la de los demás y que en algunos casos es la principal causante de trastornos emocionales y ansiógenos (Salovey y Cols. 2004). "Regulación de emociones"en intituciones educativas de Fernández publicada en el año 2005. Se aprecia que la IE se extiende a más ámbitos en el que el sujeto está en contacto con emociones y personas " instituciones educativas". Bueno una vez repasada la evolcuión del concepto "de apego inseguro" y su relación con "dependencia emocional" en interacciones con diferentes ambientes laborales se precisa destacar el proceso biológico subyacente a estos factores anteriores. Es decir, qué sucede a nivel neuronal en una persona "dependiente emocional" con "apego inseguro" y si varían o no estos procesos en "ámbitos profesionales"

Sujetos con vínculo de apego inseguro alto produce cambios en las estructuras cerebrales. La localización del área en la que se produce ansiedad es relevante. Nos indica qué procesos bioquímicos y cambios estructurales suceden en esta región. La detección temprana de esta

estructura cerebral y el conocimiento de su funcionamiento sirve para la detección de un funcionamiento anormal de estos procesos mediante la observación de sustancias cerebrales que conlleven a un aumento de miedo y escasa dopamina y sensación de bienestar:(Seelbach, 2012) y (Colmenares, 2013), de tal manera que éstas se pueden aumentar o disminuir mediante "Terapia Psicológica" o "Farmacológica" y paliar así, sus efectos ansiosos mediante alguna técnica cotidiana o terapia formal: estímulos físicos (deporte) versus estímulos artificiales o inclusive, una buena alimentación en la que predominen alimentos ricos en hierro y fibra y algunos con alto contenido en adenosina o adrenérgicos como puede ser el plátano para el primer grupo y el chocolate para el segundo. Por otra parte, artificial y de manera inmediata al igual que segura, se pueden destacar fármacos antidepresivos (aumento de serotonina), ansiolíticos (psique- efectos sedantes corporales) o benzodiacepínicos (efectos sedantes corporales incitadores de sueño); y en caso de alucinaciones se incluyen "neuroelépticos". (Stahl, 1998). En cuanto a la "Psique" destacamos terapias dirigidas al cambio de creencias erróneas y expectativas no correspondidas con la realidad, incluyendo el componente:cognitivo, conductual y emocional. "Un pensamiento conduce a que nos comportemos de una forma determinada y a que actuemos conforme a ello. Un ejemplo sería: Situación de conflicto: "Veo un León". Nivel Cognitivo: puedo sufrir un daño, tengo que escapar, nivel emocional: tengo miedo. Conductual: me voy. Por otra parte otro modo de manejar los pensamientos mediante técnica terapeuta puede ser la Terapia Cognitivo Conductual (resultados notables en la actualidad) o la reestructuración cognitiva. En otros casos en los que el miedo sea intenso convirtiéndose en fobia, se puede aplicar la exposición in vivo que es una técnica bastante eficaz. (Labrador, 2008).

En la respuesta de miedo 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). Pero esta respuesta se puede contrarrestar con la aplicación de las técnicas anteriores. Estas técnicas quedan detalladas en el siguiente apartado; en concreto la que ha demostrado mayor eficacia en la actualidad: "La Terapia Cognitivo Conductual" o también denominada: "TTC".

Terapia Cognitivo Conductual en Adolescentes (TCC).

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). (Gálvez, 2009).

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 conmórbidos 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" OR "Teenagers", "Parents" AND "Secure Attachment". En una primera búsqueda se encontraron un total de 100 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).

Otras palabras clave que se introdujeron en el buscador asociadas al "Trastorno Ansiedad Social" fueron: "Apego en la Infancia" "Adicción a Internet en Infancia y Adolescencia" "Alteraciones de Ansiedad" "Infancia, "Adolescencia" y "Edad Adulta" redactadas en inglés. Aunque obtuvimos como resultados 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 incluídos: "Déficit de Atención e Hiperactividad", estos cinco últimos, asociados al periodo infantil. Estas terminologías asociadas a un trastorno principal: "Ansiedad Social". Los artículos fueron encontrados mediante la intrducción de palabras clave en l'a Base de Datos MedLine" a través de la plataforma virtual de la Universidad de Jaén en el apartado "artículos científicos" con temática en "Psicología":

Artículo 1

"Sympathetic Skin Response in Social Anxiety Disorder and Its Relationship with Empathy Skills, Alexithymia" publicado en el año 2019, se utilizaron las siguientes palabras clave: Social anxiety; alexithymia; sympathetic skin response.

Artículo 2

"Parents still matter! Parental warmth predicts adolescent brain function and anxiety and depressive symptoms 2 years later" publicado en el año 2020 se utilizó las siguientes "palabras clave": adolescence; anxiety; depression; fMRI; parental warmth.

Artículo 3

"Screening for common mental health problems and their determinants among school-going adolescent girls in Gujarat, India" publicado en el año 2020, se utilizaron las palabras clave: adolescent; GHQ-12; mental health; school health.

Artículo 4

"Factors associated with social interaction anxiety among Chinese adolescents", publicado en el año 2011, las "Keywords" fueron : "Anxiety Social" AND "Attachment" AND "Parenting Styles".

Artículo 5

"Parenting styles, perceived social support and emotional regulation in adolescents with internet addiction" publicado en el año 2019 se utilizaron las siguientes "palabras clave": attachment; Fear of being laughed at (gelotophobia); Mediator; Parenting style.

Artículo 6

"Differential associations between passive and active forms of screen time and adolescent mood and anxiety disorders" publicado en el año 2020, se utilizaron "las palabras clave": adolescent; Anxiety; Depression; Physical activity; Screen time; Sleep.

Artículo 7

“Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Neural Processing of Agoraphobia-Specific Stimuli in

Panic Disorder and Agoraphobia” publicado en el año 2018, se utilizaron "las palabras clave":

agoraphobia; Amygdala; Anxiety; Functional MRI; Psychotherapy; Ventral striatum.

Artículo 8

" Parent-child attachment as a mediator of the relationship between parenting style and gelotophobia among adolescents" publicado en el año 2018, se utilizaron las siguientes palabras clave: Attachment; Fear of being laughed at (gelotophobia); Mediator; Parenting style.

Artículo 9

“Social Anxiety and Fear of Causing Discomfort to Others: Diagnostic Specificity, Symptom Correlates and CBT Treatment Outcome” publicado en el año 2017, se utilizaron "las palabras clave": Fear of causing discomfort to others; cognitive behavioural group therapy; dysfunctional attitudes; need for approval; perfectionism; social anxiety disorder.

Algunas ventajas y desventajas que se encontraron fueron:

Algunos de **los inconvenientes** en la metodología, la escasa nitidez en la identificación del método empleado y la necesidad de introducir "sinónimos" e incluir "palabras clave nuevas". Por ejemplo: "teenagers " en lugar de "adolescents". Los resultados obtenidos, no eran congruentes con las palabras introducidas en la búsqueda o eran inexistentes. Otro inconveniente consistió en un volumen escaso de artículos basados en experimentos con grupo control (con o sin tratamiento). Aún así, dimos preferencia a los experimentales, pues era un requisito fundamental para el estudio.

Un último inconveniente fue encontrar, en su mayoría, diseños de análisis exploratorio y cuasi- experimental. Los artículos incluídos en el cuadro de "resultados" son de tipo experimental con grupo control y grupo tratamiento.

Para finalizar, en cuanto **a las ventajas** se refiere; se encontró un 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, un número elevado que contribuyó a una conclusión consistente.

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 critica 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.

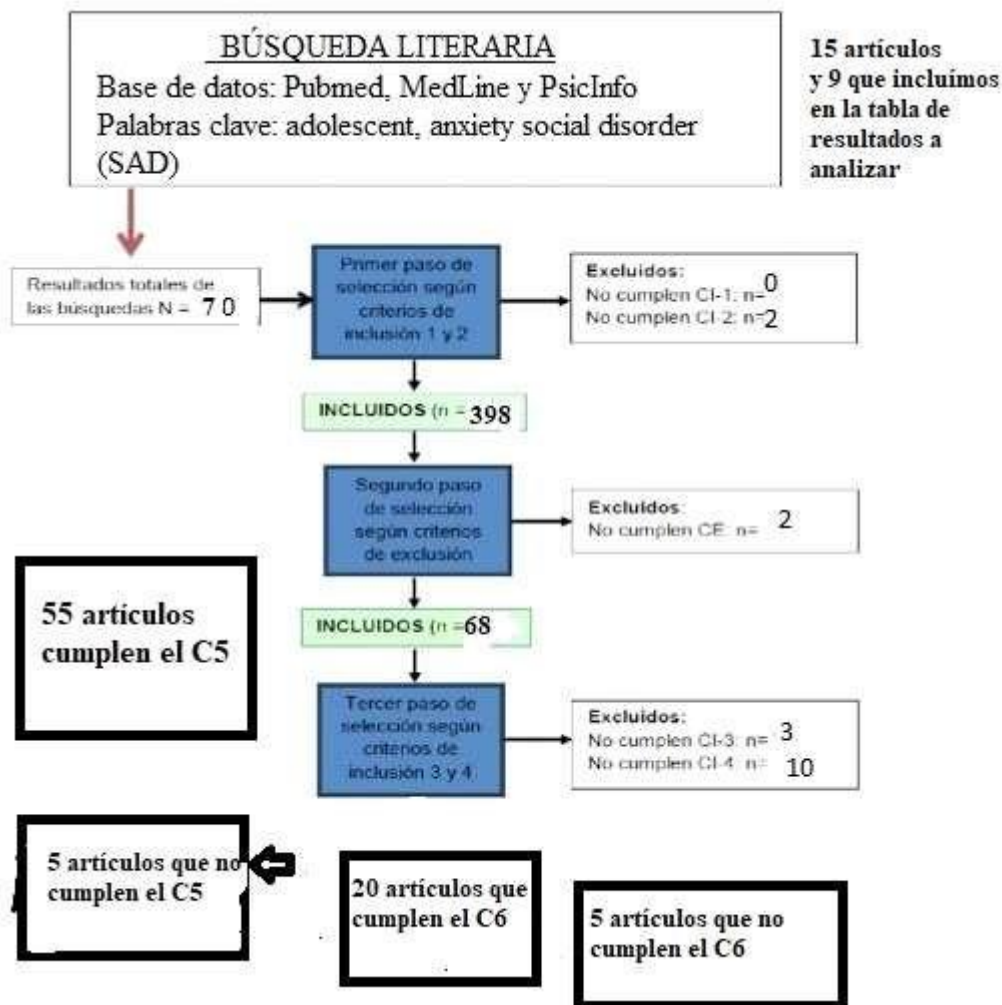


Imagen 1. Diagrama de flujo.

Validez y Fiabilidad en una Revisión Sistemática (RS).

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):

Cabe destacar *una ventaja fundamental* que se encontró sobre la metodología "Revisión Sistemática" utilizada en el estudio, según la literatura científica consistió en la utilidad de esta metodología y la aplicación de este método 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 todas las temáticas que incluyen cada una de las investigaciones y que no necesariamente se asocian a nuestro objeto de estudio, ; su función es filtrar información que no precisamos utilizar y nos permite indagar en lo concreto, es decir, fiable y válido.

Resultados

Se obtuvo una cantidad suficiente de artículos que nos permitió observar el fenómeno "Ansiedad Social" y su relación con otros trastornos: "Ataque de pánico" y "Agorafobia"; incluyendo trastornos con síntomas en ansiedad asociados al trastorno principal: "Ansiedad Social" 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 Personalidad, 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 notable cambiando de forma notable la trayectoria de la persona. Nuestro objetivo es que esa 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 analizadas	Trastorno	Resultados	Conclusiones

Peng Z.W/ 2015	Sexo: chicos y chicas (todos los alumnos de las escuelas de secundaria) Edad: 13- 18 Etapa Adolescencia	<u>Variables</u> Demografía Autopercepción sobre el rendimiento escolar. Relación con maestros y compañeros Satisfacción con la autoimagen. Logros y Estilo de crianza de la madre.	Ansiedad y síntomas depresivos	El menor ingreso familiar, la baja autoestima y la hostilidad se asociaron significativamente con la ansiedad de interacción social entre los adolescentes. Las variables identificadas como factores de riesgo de trastorno de ansiedad en la literatura, como el género, no se asociaron con la ansiedad de interacción social en esta muestra.	Estos resultados fueron consistentes con los de otros estudios realizados principalmente en los Estados Unidos y Europa. Con respecto a los resultados no significativos relacionados con el género, deben verse en el contexto de los estilos de crianza de las madres chinas.
----------------------	---	---	--------------------------------------	---	---

--	--	--	--	--	--	--

Nombre primer autor/ año	Muestra	Variables analizadas	Trastorno	Resultados	Conclusiones
Yasunori, N/2017	<u>Dos</u> <u>muestras:</u> N: 745 N: 186	Edad Género	Ansiedad social (SAD) Ansiedad generalizada (TAG) Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) Trastorno afectivo emocional (TAE)	La necesidad de aprobación (NFA) predijo la respuesta del tratamiento a los temores relacionados con causar molestias a los demás, con un mayor cambio	Los participantes con ansiedad social (SAD) demostraron puntajes significativamente elevados en comparación con los participantes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), TOC y trastorno de pánico con o sin agorafobia.

Nombre primer autor/	Muestra	Variables analizadas	Trastorno	Resultados	Conclusiones
----------------------	---------	----------------------	-----------	------------	--------------

año					
Wu, C. L/ 2018	N: 373 Estudiantes de secundaria Edad media:	Género Edad Estudiante	Gelotofobia y alteraciones en el vínculo de apego	Ser altamente comunicativo y un apego cercano, junto con una crianza excesivamente protectora y controladora, influyen en la gelotofobia de los niños.	El apego entre 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, 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.

<u>Nombre</u> <u>primer autor/</u> <u>año</u>	<u>Muestra</u>	<u>Variables</u> <u>analizadas</u>	<u>Trastorno</u>	<u>Resultados</u>	<u>Conclusiones</u>
Mangal, A /2017	N=742 colegialas adolescentes	Chicas Colegio privado/ colegio público	Adicción a Internet (IA)	Los adolescentes adictos a Internet con trastorno depresivo mayor comórbido tenían niveles más altos de alexitimia y niveles más bajos de disponibilidad emocional en sus padres.	<u>Asociación</u> <u>significativa</u> con casos positivos de las niñas. . Entre <u>los factores</u> <u>psicosociales,</u> <u>los patrones de</u> <u>sueño</u> <u>anormales (1.9)</u> <u>y la alteración</u> <u>en los estudios</u> (2.3) se han encontrado estadísticamente significativos para la presencia de <u>problemas de</u> <u>salud mental</u> <u>entre las</u> <u>adolescentes.</u>

Nombre primer autor/ año	Muestra	Variables analizadas	Trastorno	Resultados	Conclusiones

Kim S/ 2015	N= 2320 Edad: 12-17 Adolescentes	Duración: 6 meses <u>Variables</u> Pantalla Tiempo Tarea	Fobia Social Episodio de depresión mayor Trastorno de Ansiedad Generalizada Fobia específica	Las asociaciones entre el uso activo del tiempo de pantalla y los trastornos de depresión y ansiedad fueron de menor magnitud y no alcanzaron significación estadística. (Se supone que debido al efecto atencional de la tarea en sí)	El uso pasivo del tiempo de pantalla se asoció con trastornos del estado de ánimo y ansiedad, mientras que el tiempo de pantalla activo no (Niños aburridos, niños ansiosos).

Nombre primer autor/ año	Muestra	Variables analizadas	Trastorno	Resultados	Conclusiones
---	----------------	---------------------------------	------------------	-------------------	---------------------

Wittmann, A/ 2018	51 pacientes en grupo experimental y 51 pacientes sanos en grupo control.	Adolescentes chicos y chicas. <u>Variables</u> Nivel de oxígeno en sangre en la anticipación al miedo.	Trastorno de Pánico Agorafobia	los pacientes mostraron una disminución en la activación estriatal ventral durante la anticipación de las exploraciones previas y posteriores al tratamiento, lo que se correlacionó con la mejoría clínica medida con el Inventario de movilidad	Por primera vez, los efectos neuronales de la terapia cognitivoconductual se mostraron en pacientes que sufren de trastorno de pánico y agorafobia utilizando estímulos específicos del trastorno. La disminución de la activación en el cuerpo estriado ventral indica que la terapia cognitivoconductual modifica la ansiedad anticipatoria y puede mejorar la atribución elevada a estímulos amenazantes.
----------------------	---	---	---------------------------------------	---	--

Nombre primer autor/ año	Muestra	Variables analizadas	Trastorno	Resultados	Conclusiones
Karaer, Y /2015	<u>Dos</u> <u>muestras:</u> N= 176 adolescentes Edad; (12-17). Grupo control/ Grupo tratamiento	Edad Género Nivel socioeconómico <u>Variables:</u> Estilo de crianza Disponibilidad emocional (padres) Apoyo Social para niños. Regulación emocional Nivel de alexitimia	Trastorno afectivo emocional (TAE) y Ansiedad Social (SAD).	Los pacientes con Adicción a Internet mostraron menor apoyo social percibido, mayor dificultad en la identificación y expresión verbal de sus sentimientos y regulación de las emociones. Los adolescentes adictos a Internet con depresión mayor conmórbido tienen niveles más alto de alexitimia y	Deben centrarse en mejorar la calidad de las relaciones entre padres y adolescentes, mejorar el apoyo social percibido y la regulación de las emociones al tiempo que se reducen los síntomas psiquiátricos asociados en los adolescentes.

				niveles más bajo en disponibilidad emocional de sus padres.	
--	--	--	--	---	--

Nombre primer autor/año	Muestra	Variables analizadas	Trastorno	Resultados	Conclusiones
Butterfield, R.D/2020	N: 30 adolescentes Edad media:11.58 DT: 1.26 Rango: 12-18	Género Edad Etapa adolescente	Ansiedad y síntomas depresivos	Un mayor calor materno predijo una activación neural más baja durante la crítica, en comparación con la respuesta durante las declaraciones neutras, en la amígdala izquierda, la ínsula..	<u>El calor materno se asoció con la ansiedad y los síntomas 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 internalización a través de sus efectos sobre la función cerebral.

Nombre primer autor/ año	Muestra	Variables analizadas	Trastorno	Resultados	Conclusiones
Bayraktutan,M/2019	Sexo: chicos y chicas. Adolescentes (Edad no especificada)	Respuestas emocionales mediante: Variables Nivel de Ansiedad Nivel de Depresión Nivel de empatía. Identificación de emociones faciales y discriminación de emociones	Depresión (SSR) Ansiedad Social (SAD) Alexitimia	Más actividad autónoma a estímulos negativos. La sensibilidad a estímulos positivos fue menor que el grupo control. Mientras que el 41.7% de los pacientes con SAD tenían características alexitímicas, el 36.1% fueron diagnosticados con trastorno depresivo.	Las características depresivas y alexitímicas pueden haber contribuido a aumentar la sensibilidad simpática a los estímulos negativos en pacientes con SAD. Se necesitan más estudios para examinar los efectos de esta situación en la selección y creación de las modalidades de tratamiento.

Imagen 2: Cuadro de resultados

Discusión

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 mediante la lectura de diferentes artículos científicos acerca de esta problemática, el objetivo fue, encontrar un sentido científico a la relación que hay entre los trastornos principales y por qué se produce comorbilidad entre ellos.

En la búsqueda de artículos se encontró un deterioro en la infancia y adolescencia asociado a una interacción negativa entre padres y niños, con consecuencias en la conducta; inclusive en la edad adulta. Un deterioro cognitivo, emocional, conductual y afectación en áreas cerebrales específicas. De ahí nuestro interés en esta temática en concreto, dada su notable repercusión negativa en la conducta respecto la perspectiva social e individual. Sin olvidar, que "la infancia" y "adolescencia" son etapas del desarrollo especialmente sensibles en la que en la infancia hay un desarrollo con diferenciación entre el "yo" real del "yo" social, alrededor de los dos años de edad; y la adolescencia es dónde se produce "una reafirmación" y "deseo de autonomía personal". Aquí entra en juego "la búsqueda de sensaciones" y "revolución hormonal". Etapas sensibles en las que la información adquirida puede verse sesgada, distorsionada y modificar totalmente la trayectoria del sujeto. Es por ello, que se presta especial importancia en la prevención e intervención de sucesos emocionales para conservar así, la salud psicológica de la persona. Pues mediante "la lectura de esta revisión" o la invención de "una escuela de padres" se contribuye a favorecer un desarrollo saludable en la persona mediante la creencia de esquemas congruentes con la realidad. La consonancia entre ambos ambientes es fundamental pues se retroalimentan continuamente (padres y escuela), (padres e instituto) influyendo directamente en la conducta del niño o adolescente formando la conducta de la persona.

En primer lugar, con respecto a las limitaciones en la revisión de la información, cabe destacar, la dificultad de comparar resultados. Otra observación y limitación consistió en que la mayoría de información recopilada proceda de otros países. Lo que nos muestra, la inexistencia de estudios desarrollados en nuestro país. Esto significa una repercusión negativa en "la investigación" en España, un retraso en la obtención de información adecuada (actualizada) y escasos recursos económicos destinados a "la investigación" algo que se debería mejorar, pues, por ejemplo, en disciplinas como medicina o psicología con un componente importante en salud, una información adecuada (fármaco) puede salvar una vida. Esta situación afecta de manera directa a la adecuación y eficacia en el desarrollo de Terapias

"Terapia Cognitivo Conductual" (TTC) y una escasa incidencia, según se ha podido comprobar en población clínica.

Por otra parte, a pesar de estas limitaciones metodológicas, se pudo contrastar que la TCC es un procedimiento terapéutico válido para el tratamiento de la ansiedad social, el trastorno principal en el que estamos enfocando el estudio.

En definitiva, tras esta revisión, recomendaríamos que para un futuro se perfeccionaran las técnicas y se basaran en información actualizada pues la información es un fenómeno comunicativo que sufre modificaciones a lo largo del tiempo.

Para finalizar, respecto a mejoras en la metodología, se recomienda, seguir estudiando en profundidad técnicas que aseguren un alto porcentaje en fiabilidad y validez para asegurar "una fiabilidad" y "validez" óptimas.

Conclusiones

Según Goodwin y otros artículos encontrados, los trastornos de ansiedad incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica, la fobia social, la agorafobia y el trastorno de pánico. Además de los síntomas específicos de estos trastornos, en estas condiciones puede existir una experiencia común de ansiedad e incluso disforia y, por supuesto, el hecho de recurrir al mismo fármaco o a la elección de medicamentos para el tratamiento. Esta sobreposición se debe probablemente a las dimensiones universales del distrés o afectividad negativa, a una predisposición genética compartida y a una neurobiología común. Todavía la evidencia de genes compartidos se basa principalmente en estudios en gemelos, pero la neurobiología compartida puede ser investigada directamente por medio de la investigación de sesgos emocionales o cognitivos ya sea a través del comportamiento o empleando imágenes cerebrales funcionales. Este fenotipo intermedio puede proporcionar entonces un sustrato para la comprensión y el desarrollo de medicamentos y terapias psicológicas. Sería importante indagar en investigaciones que mejoren los procedimientos de terapias y potencien su resultado (Goodwin, 2015).

Líneas de investigación futuras

- Desmantelar el paquete de tratamiento IAFS para analizar qué componentes son más eficaces para producir el cambio terapéutico.
- Variar otros parámetros del tratamiento como el número de sesiones, su duración o intensidad de la exposición (la presencia de los padres , realizar actividades grupales complementarias como juegos que impliquen relación social (fútbol, baloncesto, monopoli) o exposición en público (karaoke), etc.
- Variar las características del sujeto y del terapeuta. Una forma de implementar esta estrategia sería seleccionando a los sujetos en función del género, la comorbilidad con el trastorno de personalidad por evitación o la edad, y determinar cómo influye en los resultados del tratamiento, Otra opción consistiría clasificar a los terapeutas en base a sus años de experiencia o bien evaluar la eficacia de un terapeuta vs. dos terapeutas del mismo sexo vs. de distinto sexo, etc.
- Proseguir en el estudio de qué variables son predictoras de abandonados y de fracasos terapéuticos en el tratamiento de la Fobia Social Generalizada.
- Estudiar el papel de las variables relacionadas con el fracaso terapéutico, tanto las relacionadas con el tratamiento (bajas expectativas de cambio, el incumplimiento de tareas, faltas de asistencia, etc), como las de orden psicopatológico (comorbilidad depresiva, la existencia de otros trastornos comórbidos, etc) y las relativas a la personalidad (neuroticismo, extraversión, baja autoestima, etc).
- Introducir dentro del proceso a padres de evaluación a padres (medidas de autoinforme y registros observacionales), profesores (medidas de autoinforme y registros observacionales) y compañeros (test sociométrico), a fin de valorar la validez social de los cambios generados por el tratamiento.
- Evaluar el nivel socioeconómico y cultural de los padres , el número y orden de nacimiento de los hijos con Fobia Social Generalizada o la presencia de abuso físico o problemas de salud crónicos, puesto que estas variables pueden estar implicadas en la tasa de mejora de los sujetos.
- Realizar un mayor número de investigaciones que permitan determinar la validez del uso de las variables que miden la fluidez del habla, de cara a incrementar la eficiencia de los test situacionales para medir el cambio terapéutico.

- Comparar el tratamiento en grupo frente al individual en este tramo de edad.

Agradecimientos

Agradecer a mis familiares que me han ayudado a la elaboración económica del proyecto (matrícula), la proporción de información esporádica de cuestiones relacionadas con la búsqueda de mi trayectoria profesional, Maria Dolores Escarabajal. Agradecida con la flexibilidad, interés, entrega y forma dinámica de ejecutar su trabajo mediante tutorías virtuales e interés en mi tarea a Luis Joaquín García López. Todos estos alicientes han sido una estimulación completa para poder culminar y finalizar a tiempo el proyecto. Sin estas personas no hubiera sido posible.

Bibliografía

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

Barocio, R. (2012). *Explora tus emociones para avanzar en la vida*.Edit.

Pax México.

Barragán Estrada, A.R. Psychology of the positive emotions: generalities and benefits.

Teaching and Rsearch in Psychology.

(19):1 103-118.

Bowlby, J. (1993). *El apego: El apego y la pérdida 1*. Paidós Ibérica.

Catelló Blasco, J. (2005). *Dependencia emocional: Características y Tratamiento*.

Psicología: Alianza Editorial.

Colmenares, F. (2013). *Bases biológicas de la conducta*. Centro Estudios Financieros : Madrid.

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

Fernández Berrocal, P y Extremera Pacheco, Natalio. (2005). *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, (19), 3, 63- 93.

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.

Gálvez Galve, J.J. (2009). Revisión de evidencias científicas de la terapia cognitivo-conductual.

Medicina Naturista. (3) 1, 1576- 3080.

Goleman, D. Inteligencia Emocional. (1996). Editorial Grijalbo Mondadori: Barcelona.

González Raga, D.(2013).Daniel Goleman- Focus: desarrollar la atención para alcanzar la excelencia.

Kairos.

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

Farmacia Preventiva (26): 6, 33- 39.

Goodwin G.M. (2015). The overlap between anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder". *University of Oxford Department of Psychiatry*.

Herrera Torres, L, Buitrago Bonilla, R.E y Perandones González,T. M (2015). Psicología Positiva e Inteligencia Emocional en Educación. *Revista de Educacao e Humanidades*, 139-15.

Labrador Encinas, F.J (2008) .*Técnicas de modificación de conducta*. Pirámide: Madrid.

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.

Olivares Rodríguez, J. (2005). Análisis de la eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos*. Universidad de Murcia.

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.

Pérez, M. (2003). Dónde y cómo se produce la ansiedad: sus bases biológicas. *Revista Ciencia*, (17-28).

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

Salovey, P, Brackett, M. A y Mayer, J.D. (2004). *Emotional Intelligence: Key Readings on the Mayer and Salovey Model*. Dude Publishing.

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.

Seelbach González, G.A. (2012). Bases biológicas de la conducta. Red Tercer Milenio.

Sierra, García, P. (2011). El vínculo afectivo de apego: Investigación y desarrollo. *Revista Acción Psicológica*. (8): 2, 5-7.

Stahl, S. M. *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas*. Ariel Neurociencia.

Steve, F.(1993). Emotions in Organizations. *The Oxford Handbook of Organization Theory*.

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.

Totterdell, P. A., & Niven, K. (2014). Workplace moods and emotions: *A review of research*, Charleston, SC: Createspace Independent Publishing.

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.

Anexo I. Estudios incluídos en la revisión.

(1).Bayraktutan, M. (2019). Sympathetic Skin Response in Social Anxiety Disorder and Its Relation ship with Empathy Skills, Alexith y mia. *National Library of Medicine: National Center for Biotechnology Information* (1), 18- 22.

(2).Butterfield, R. (2020). Parents still matter! Parental warmth predicts adolescent brain function and anxiety and depressive symptoms 2 years later. *National Library of Medicine: National Center for Biotechnology Information*. 1-14.