

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Conducta de Apego en un Caso de Ansiedad Social

Autor: Silvina Soledad Sosa

Tutor Universidad de Palermo: Mg. Gabriela Ramos Mejía

Tutor Institucional: Lic. Valeria Marzucco

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
2. OBJETIVOS.....	3
3. MARCO TEÓRICO	4
3. 1. Sobre la ansiedad	4
3. 1. 1. ¿La ansiedad es normal?	4
3. 1. 2. Cuando la ansiedad se vuelve patológica.	5
3. 1. 3. La ansiedad social.	6
3. 1. 4. Características del TAS.	7
3. 1. 5. Un círculo vicioso.	9
3. 1. 6. Distintas influencias.	9
3. 2. Apego.	10
3. 2. 1. El apego y su teoría.....	10
3. 2. 2. Apego de adultos.	13
3. 2. 3. El apego inseguro del adulto.	16
3. 2. 4. ¿Apegos que trastornan?	17
3. 3. Trabajos, estudios e investigaciones.	18
4. MÉTODO.....	26
4. 1. Tipo de Estudio	26
4. 2. Participante.....	26
4. 3. Instrumentos.....	26
4. 4. Procedimientos	29
5. ANÁLISIS DEL CASO	29
5. 1. Características del Trastorno de Ansiedad Social estudiado.	29
5. 2. Estilo de apego.	34
5. 3. Estilo de apego y Trastorno de Ansiedad Social.	35
5. 4. El tratamiento psicoterapéutico.....	38

6. CONCLUSIÓN	42
7. BIBLIOGRAFÍA	49

1. INTRODUCCIÓN

Todos los seres humanos enfrentamos ansiedad y temores que forman parte de nuestra vida cotidiana, esto es normal. Pero para millones de personas -30 % de la población mundial, según las estadísticas- la ansiedad y los temores pueden ser abrumadores, irracionales o exagerados, pudiendo llegar hasta la dolorosa posibilidad de arruinarles su calidad de vida. Éstas son personas que padecen trastornos de ansiedad, quizás el grupo más amplio entre los trastornos psiquiátricos (Carrión & Bustamante, 2009).

Los trastornos de ansiedad, según Carrión y Bustamante (2009) se conocen desde hace mucho tiempo, forman parte de nuestra raíz genética pero en la época en que nos toca vivir, los seres humanos debemos soportar y tolerar una exigencia social cada vez más alta. Debido al intenso y continuo contacto interpersonal y a la globalización, estos trastornos que en determinadas culturas y situaciones permanecieron ocultos durante siglos, en la actualidad afloran y se hacen mucho más notables.

Del mismo modo, cada día es más frecuente encontrar un mayor número de personas que padecen un Trastorno de Ansiedad Social, este tipo de fobia está dentro de los trastornos de ansiedad que más han llamado la atención de los profesionales y el más generalizado motivo de preocupación entre la gente, siendo más frecuente hoy en día y de los que motivan la mayor cantidad de consultas. El conocimiento que en el presente se tiene sobre este desorden se ha incrementado significativamente en los últimos años (Carrión & Bustamante, 2009).

¿Pero por qué relacionar un caso de Ansiedad Social con la Teoría del Apego? La idea de generar esta relación surge del trabajo realizado con un caso de Ansiedad Social, mediante el acompañamiento en tareas de exposición, en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional realizada en una Organización No Gubernamental que se dedica a la orientación, investigación y ayuda solidaria de personas que sufren trastornos de ansiedad. Allí también se realizaron diferentes tareas que fueron desde lo administrativo en el área de secretaría, a la observación participante de pacientes en grupos terapéuticos y la coordinación de pacientes en grupos de exposición.

De observar al paciente en las distintas exposiciones individuales, surge el planteamiento acerca de cuales serían las raíces del trastorno que padece, además de las vistas en su propia descripción. Esto condujo automáticamente a pensar en la Teoría del Apego, una teoría muchas veces vista a lo largo de la carrera. Dado que la misma hace hincapié en la relación madre (o cuidador) e hijo, la cual se traslada a las relaciones posteriores a lo largo de la vida.

Según Casullo y Fernández Liporace (2005), la noción de apego se refiere al proceso por el cual, a través de las experiencias tempranas, se establecen vínculos entre el infante y su cuidador, que brindan seguridad y protección. Estas experiencias son internalizadas y pueden dar lugar a modelos o prototipos de comportamiento psicosocial.

Por todo lo expuesto, el presente Trabajo Final de Integración propone una revisión de la bibliografía que se consideró relevante, como así también de estudios e investigaciones de interés,

en cuanto a la temática planteada. Integrando todo esto con la labor de campo realizada y las experiencias con el paciente en cuestión.

2. OBJETIVOS

2. 1. General

Indagar sobre la ansiedad social y el estilo de apego presentes en un adulto joven de 21 años de edad, paciente de la institución concurrida.

2. 2. Específicos

2.2.1. Describir las características del Trastorno de Ansiedad Social que padece el paciente.

2.2.2. Evaluar el estilo de apego que posee el adulto joven.

2.2.3. Establecer si existe relación entre el estilo de apego que tiene el sujeto y el trastorno de ansiedad social que padece.

2.2.4. Analizar las características del tratamiento psicoterapéutico que realiza el paciente en la institución elegida.

3. MARCO TEÓRICO

3. 1. Sobre la ansiedad

3. 1. 1. ¿La ansiedad es normal?

En nuestra vida cotidiana estamos expuestos a circunstancias que producen o desencadenan en nosotros cambios emocionales que sirven para adaptarnos a esas nuevas situaciones, esto lleva consigo un monto de ansiedad. Entonces tener que rendir un examen, realizar un viaje al exterior, ingresar a un campo de juego para un enfrentamiento deportivo, encontrarnos con alguien con quien tenemos un conflicto pendiente, tener que subir una escalera muy alta, o hallarnos en un ámbito donde ha comenzado un incendio muy violento, son ejemplos de circunstancias muy distintas pero que tienen en común producir en nosotros ansiedad, miedo o angustia; dado que son situaciones de resultado incierto, que podrán ser adversas o positivas (Carrión & Bustamante, 2009).

Por lo que cuentan Kaplan y Sadock (1999) todo el mundo experimenta ansiedad, esta es una sensación de aprensión difusa, desagradable, y vaga que suele venir acompañada por sintomatología autónoma. Esto puede ser, dolores de cabeza, palpitaciones, opresión en el pecho, molestias gástricas, inquietud, como indica la incapacidad de mantenerse sentado o de pie durante un rato, en un mismo lugar.

De acuerdo con Bulacio (2004), la ansiedad es un fenómeno esencialmente humano. Permite al hombre anticipar diversas situaciones, algunas relacionadas con su defensa y otras relacionadas con el ataque, pero estas funciones básicas se complejizan a partir de los múltiples significados que pueden darse a las experiencias vividas y anticipadas en relación consigo mismo, pero también con los demás y con el mundo en que vive.

Asimismo, la ansiedad es una señal de alerta que advierte del peligro inminente y permite a una persona tomar medidas al respecto. Tiene cualidades protectoras de la propia vida, como detectora de amenazas externas o internas. En un nivel inferior, la ansiedad advierte del daño corporal, dolor, indefensión, posible castigo o frustración de necesidades sociales o corporales; de separación de los seres queridos, de amenaza al éxito o estatus personal y a la unidad o la integridad de uno mismo. Incita a una persona a tomar las medidas necesarias para prevenir o reducir consecuencias. Así, previene el daño al alertar a la persona para que ponga en marcha mecanismos que alejen el peligro (Kaplan & Sadock, 1999).

Entonces la ansiedad cumple una función adaptativa para el hombre y por lo tanto debe ser considerada una emoción normal, pero cuando esta se generaliza y adquiere una gran dimensión o se transforma en una respuesta rígida, se vuelve disfuncional o desadaptativa y, en tal sentido, debe considerarse patológica (Bulacio, 2004).

3. 1. 2. Cuando la ansiedad se vuelve patológica.

Belloch, Sandín y Ramos (1995) refieren que a nivel general la ansiedad patológica se caracterizaría en principio por presentar ciertas diferencias cuantitativas respecto a la ansiedad normal, con un nivel más elevado de ocurrencia, intensidad y duración.

Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos: físicos, cognitivos, conductuales y sociales. Y no todas las personas tienen los mismos síntomas, ni éstos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas (Bulacio, 2004).

Carrión y Bustamante (2009) explican que la ansiedad negativa o patológica produce diferentes desórdenes en las personas que la sufren, a estas dolencias se las conoce como trastornos de ansiedad. Entonces postulan una definición que describen como bastante precisa y es que “se trata de un estado de inquietud o ansiedad irracional y continuo, que en algunos casos puede agudizarse hasta transformarse en miedo agudo o pánico, con efectos secundarios sobre otras funciones mentales, como ser la atención, la concentración, la capacidad de raciocinio y la memoria”. Además describen a los trastornos de ansiedad como dolencias humanas, enfermedades relacionadas con nuestra estructura biológica, con la carga genética que portamos y por lo tanto su condición de posibilidad, de que hagan eclosión, esta determinada por factores hereditarios.

3. 1. 3. La ansiedad social.

Una de las manifestaciones de la ansiedad es la ansiedad social, la que puede aparecer al anticipar o vivenciar diferentes contactos interpersonales. Habitualmente, y hasta un cierto grado, es no sólo normal, sino que resulta útil y adaptativa. La ansiedad social normal, nos motiva a asimilar normas y convenciones sociales y nos permite ubicarnos en los diferentes roles sociales que debemos desempeñar. Su duración estará en relación a la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó, disipándose al finalizar el evento o durante el mismo. Pero cuando una persona padece fobia social o un trastorno de ansiedad social, en adelante TAS, la ansiedad social se convierte en patológica y llega a ser severa, perturbadora e incapacitante, condicionando la conducta del individuo afectado (Cía, 2004).

Lo individuos con este trastorno pueden tener miedo a hablar en público porque creen que los demás se darán cuenta de que su voz o sus manos están temblando o piensan que en cualquier momento les puede invadir una extrema ansiedad al mantener una conversación por temor a no poder articular correctamente las palabras. Puede que eviten comer, beber o escribir en público por miedo a sentirse en apuros cuando los demás comprueben cómo les tiemblan las manos. En los casos mas serios puede que los síntomas de ansiedad lleguen a cumplir los criterios diagnósticos de una crisis de angustia. El enrojecimiento es muy típico de la fobia social (American Psychiatric Association, 2002).

3. 1. 4. Características del TAS.

La American Psychiatric Association (2002) advierte que existen determinadas características para diagnosticar el TAS, la característica esencial es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. El individuo –adolescente o adulto- reconoce que este temor es excesivo o irracional, y en la mayoría de las ocasiones, las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos. El diagnóstico de este Trastorno puede efectuarse solo en los casos en los que el comportamiento de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece, interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, en lo laboral, académico o social, o bien producen un malestar clínicamente significativo. Además, el miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica, y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental. Y por último, si existe otro trastorno mental, el temor o el comportamiento de evitación no se limitan a la preocupación por su posible impacto social.

Se describe una especificación del TAS, el de tipo generalizada, que se utiliza cuando los temores se relacionan con la mayoría de las situaciones sociales. Estos individuos suelen tener miedo tanto a actuar en público como a situaciones sociales interactivas, pueden ser más propensos a presentar deficiencias en sus habilidades sociales y a padecer un serio deterioro de sus relaciones sociales y laborales (American Psychiatric Association, 2002)

Cía (2004) también habla del TAS no generalizado, donde los temores del fóbico o ansioso social están circunscritos a determinadas situaciones de desempeño social.

La edad de inicio más frecuente para el TAS es la adolescencia, aunque el inicio es frecuente también en edades tan tempranas como los 5 años y tan avanzadas como los 35 (Kaplan & Sadock, 1999).

Puede asociarse al trastorno por pánico con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno por pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias y trastorno de somatización, precediendo habitualmente su aparición a la de estos trastornos. En las muestras clínicas los individuos con TAS generalizado suelen presentar a la vez un trastorno de la personalidad por evitación (American Psychiatric Association, 2002).

Sumado a esto, la American Psychiatric Association (2002) señala que es preciso diferenciar al TAS del trastorno por pánico con agorafobia, del trastorno de ansiedad por separación, de la ansiedad generalizada, de la fobia específica, de un trastorno generalizado del desarrollo, del trastorno esquizoide de la personalidad y del trastorno de la personalidad por evitación. Además la ansiedad social y el comportamiento de evitación de estas situaciones constituyen características asociadas a muchos otros trastornos mentales (como al trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, esquizofrenia, trastorno dismórfico corporal). Y por último, la ansiedad que suscita actuar en público, el terror a los escenarios y la timidez en reuniones sociales donde participan personas que no pertenecen al ámbito familiar, no deben calificarse como TAS, a no ser que determinen un acusado deterioro de las actividades del individuo o a un malestar clínico significativo.

3. 1. 5. Un círculo vicioso.

Cía (2004) describe que una actitud frecuente en quienes sufren TAS es permanecer en hiperalerta ante signos posibles de sentirse socialmente amenazados. Atienden selectivamente a diferentes signos negativos en el contacto interpersonal y no a signos positivos. Esto sumado a la aparición de síntomas neurovegetativos, realimenta y confirma las interpretaciones amenazantes y la imposibilidad de desempeñarse con éxito, dando lugar a más activación, más hiperalerta, más ansiedad, más miedo y más evitación. Otro hecho frecuente es la preocupación excesiva por cómo va transcurriendo su accionar ante los otros, visto desde sus propias representaciones mentales, lo que hace que la ansiedad vaya incrementando cada vez más.

El ansioso social al interactuar con otros aparenta estar distraído o menos comprometido, o parece ser poco amigable. Esto produce a su vez una recepción menos cálida o más pobre por parte de los otros, una idea más negativa acerca de cómo uno se está desempeñando y previsiones negativas intencionales acompañadas de ansiedad. Éstas respuestas, por supuesto, dan lugar a una confirmación de las creencias disfuncionales preexistentes, y con ello se cierra el círculo vicioso que perpetúa el problema (Cía, 2004)

3. 1. 6. Distintas influencias.

Durante la infancia los niños aprenden de sus padres los modelos de lo esperado, el cómo conducirse en los vínculos interpersonales y los rituales de interacción social en su contexto de pertenencia. Teorías como la de aprendizaje social, la del apego y las cognitivas, que hablan del desarrollo de esquemas cognitivos referidos a lo social, dan cuenta de ello. Pero lo que no queda claro es si las conductas y actitudes parentales son las que generan la ansiedad del niño, o son una respuesta a la misma y esto es una seria limitación. Aunque, lo más probable es que sean recíprocas o bidireccionales, configurando una interacción compleja o círculo vicioso que persiste a través del tiempo y es un mantenedor de la ansiedad del niño (Cía, 2004).

Otras influencias según se pueden dar en el ámbito escolar o en el grupo de pares mediante el juego, siendo posibles generadores de ansiedad social (Cía, 2004).

También es posible que distintas vulnerabilidades genéticas contribuyan al desarrollo del TAS, como señala Cía (2004), algunas de ellas quizás predispongan a padecer un espectro de trastornos ansiosos y otras específicamente al TAS. Por otro lado, ciertos estudios sugieren que los familiares de individuos con este trastorno presentan mayor riesgo de desarrollar el trastorno o de haberlo padecido.

3. 2. Apego.

3. 2. 1. El apego y su teoría.

La teoría del apego es un intento por explicar tanto la conducta de apego –con su episódica aparición y desaparición- como los apegos duraderos que los niños y otros individuos tienen con otras personas determinadas. El concepto clave de esta teoría es el sistema conductual (Bowlby, 1989).

Bowlby (1989) refiere que la conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado, al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto surge cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados. En otros momentos, la conducta es menos manifiesta. Sin embargo, saber que la figura de apego es accesible y sensible, le da a la persona un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad, y la alienta a valorar y continuar la relación. Si bien la conducta de apego es muy obvia en la primera infancia, puede observarse a lo largo del ciclo de la vida, sobre todo en situaciones de emergencia. Dado que se observa en casi todos los seres humanos, se la considera parte integral de la naturaleza humana y como algo que compartimos con miembros de otras especies. La función biológica que se le atribuye es la de protección.

Un rasgo de la conducta de apego con enorme importancia clínica según Bowlby (1989), que prescinde de la edad del individuo, es la intensidad de la emoción que la acompaña, dependiendo el tipo de emoción originada de cómo se desarrolle la relación entre el individuo apegado y la figura de apego. Mas aún, el modo en que la conducta de apego llega a organizarse dentro de un individuo, depende mayormente de los tipos de experiencia que tiene en su familia de origen o, si es desafortunado, fuera de ella.

Asimismo, una característica importante de la teoría del apego, según Bowlby (1989) es la hipótesis de que la conducta de apego se organiza mediante un sistema de control dentro del sistema nervioso central, análogo a los sistemas de control fisiológico que mantienen dentro de determinados límites las medidas fisiológicas tales como la tensión sanguínea y la temperatura corporal. Así la teoría propone que de un modo análogo a la homeostasis fisiológica, el sistema de control de apego mantiene la conexión de una persona con su figura de apego entre ciertos límites de distancia y accesibilidad, usando para ello métodos de comunicación cada vez más sofisticados.

Feeney y Noller (2001) destacan el papel que tienen las expectativas del individuo respecto a las figuras de apego, como un aspecto fundamental en la teoría de Bowlby. Estas expectativas sobre la disponibilidad y receptividad de las figuras de apego se cree que están incorporadas a los modelos internos de funcionamiento del apego o modelos de trabajo. Estos modelos reflejan recuerdos y creencias que tienen su origen en las experiencias tempranas de cuidado del individuo y que se transfieren a sus nuevas relaciones, guiando las percepciones y la conducta.

Bowlby advierte que las expectativas respecto a la disponibilidad y receptividad del cuidador dependen de dos variables: de si se juzga a la persona de apego como el tipo de persona que suele responder a las peticiones de apoyo y protección, y de si se juzga al sí mismo como el tipo de persona que es probable que despierte en los demás conductas de ayuda. Estas dos variables - modelos del otro y modelos del sí mismo- son independientes, ya que ambas parten de las transacciones interpersonales reales, aunque tienden a ser complementarias y confirmarse mutuamente (Feeney & Noller, 2001).

Feeney y Noller (2001) refieren que estos modelos internos propuestos por Bowlby, son el mecanismo a través del cual las experiencias tempranas de apego afectan a una persona a lo largo de toda su vida y son una especie de mapas o planos que utilizamos para simular y predecir las conductas de los demás en una interacción social, así como para organizar nuestra propia conducta para lograr objetivos relacionales.

Bowlby (1989) también relata que existen tres pautas principales de apego que fueron descritas en un comienzo por Ainsworth y sus colegas en 1971, y son, en primer lugar, la pauta de apego seguro, en la que el individuo confía en que sus padres o figuras parentales serán accesibles, sensibles y colaboradores si él se encuentra en una situación adversa o atemorizante, permitiéndole atreverse a hacer sus exploraciones del mundo. Una segunda pauta es la del apego ansioso resistente, en el cual el individuo está inseguro de si su progenitor será accesible o sensible o si lo ayudará cuando lo necesite, generándole una tendencia a la separación ansiosa, siendo propenso al aferramiento y mostrándose ansioso ante la exploración del mundo. La tercera pauta es la del apego ansioso elusivo, en el que el individuo no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta servicial sino que, por el contrario, espera ser desairado. Intentando vivir su vida sin el amor y el apoyo de otras personas, volviéndose emocionalmente autosuficiente. Aquí el conflicto es más oculto, siendo resultado del constante rechazo de la madre cuando el individuo se acerca a ella en busca de consuelo y protección.

Cada pauta de apego, una vez desarrollada, tiende a persistir. Uno de los motivos es que el modo en que un progenitor trata a un niño, sea para bien o para mal, tiende a permanecer invariable. Otro es que cada pauta tiende a perpetuarse en sí misma. Así, un niño seguro es un niño más feliz y resulta más gratificante cuidarlo, y también es menos exigente que un niño ansioso. Un niño ansioso ambivalente es propenso a las quejas y al aferramiento; mientras que un ansioso elusivo mantiene las distancias y es propenso a tiranizar a otros niños. En estos dos últimos casos, es probable que la conducta del niño provoque una respuesta desfavorable por parte del padre, con lo que se desarrolla un círculo vicioso (Bowlby, 1989).

Aunque por estas razones las pautas tienden a persistir, no necesariamente ocurre así. Durante los dos o tres primeros años, la pauta de apego es una característica de la relación pero si los padres tratan al niño de modo distinto, la pauta cambiará de acuerdo a ello. Sin embargo, a medida que el niño crece, la pauta se convierte cada vez más en una característica del niño mismo, lo que significa que tiende a imponerla –o a imponer alguna pauta derivada de ella- en las nuevas relaciones (Bowlby, 1989).

Con respecto a las relaciones con pares, Casullo y Fernández Liporace (2005) explican que éstas cobran mucha importancia en la adolescencia, puesto que brindan intimidad, retroalimentación de las conductas sociales y, en última instancia, vínculos de apego. En esta etapa se transfieren las relaciones de apego de los padres a los pares, y una de las posibilidades que brindan los vínculos de apego con pares está relacionada con la conformación de vínculos románticos. Se pone en juego un sistema sexual-reproductivo que, junto con el de apego, pugnan por el establecimiento de nuevas relaciones.

3. 2. 2. Apego de adultos.

Lo que comenzó como una teoría del desarrollo del niño ahora se utiliza para conceptualizar y estudiar las relaciones de pareja de adultos, las relaciones de trabajo y las relaciones entre los grupos sociales más grandes y las sociedades. Afortunadamente, a pesar de que la teoría ha demostrado su valor en esta amplia gama de entornos, sus conceptos y principios son sencillos y fáciles de comprender (Mikulincer & Shaver, 2007).

Aunque ningún componente del apego permanece inalterable desde la infancia hasta la edad adulta, el planteamiento original de la teoría del apego no solo posibilita sino que favorece estas revisiones. Lo que permanece invariable es la función del apego, el aporte de seguridad y protección. Esto es lo que permanece constante a lo largo de la vida, aunque los mecanismos para llevar a cabo esta función varían y se desarrollan con la madurez. Y ya que la teoría original se basa en un argumento funcional, la importancia y necesidad de investigar el apego en todas las etapas de la vida están realmente fundamentadas (West & Sheldon-Keller, 1999).

Siguiendo la teoría y el trabajo de Bowlby y Weiss, West y Sheldon-Keller (1999) definen el apego adulto como las relaciones en las que se busca o mantiene la proximidad de otro preferido o especial para alcanzar una sensación de seguridad. Muchos adultos planifican su vida basándose en un futuro anticipado con otro sujeto con la esperanza de encontrar seguridad y permanencia en una relación duradera.

Weiss establece tres características que diferencian el apego de adultos del de los niños. En los adultos, las relaciones de apego se producen generalmente entre iguales, y no entre el que recibe los cuidados y el cuidador; además el apego en la edad adulta no es tan seguro que predomina sobre otros sistemas relacionales, como sucede en el apego en la infancia; y por último, el apego en la edad adulta incluye a menudo una relación sexual (West & Sheldon-Keller, 1999)

Mientras los patrones iniciales de apego en la niñez y en la infancia se desarrollan como una respuesta directa y como el resultado de la acción del cuidador (o ausencia de esta acción), los patrones de apego adulto provienen esencialmente de los modelos de trabajo de la figura de apego y de sí mismo, contruidos por las experiencias de la infancia y que repercuten significativamente en la capacidad del adulto a la hora de formar nuevas relaciones de apego (West & Sheldon-Keller, 1999).

Los autores Hazan y Shaver, encontraron los mismos patrones en las relaciones entre adolescentes y en parejas de adultos. Las personas con apego seguro se caracterizan por tener confianza en sí mismos, habilidades sociales, por ser abiertos e interesados en relaciones íntimas; suelen tener relaciones a largo plazo satisfactorias y estables. En el apego ansioso-ambivalente existe falta de autoconfianza, preocupación por el castigo y el abandono, se muestran celosos en sus relaciones, son reacios a tener relaciones románticas a largo plazo y se muestran excesivamente íntimos y auto-reveladores, se enamoran de forma rápida e indiscriminada. Con respecto al apego evitativo, se pueden mostrar más o menos interesados en relaciones íntimas, pero están poco dispuestos a mantener relaciones románticas a largo plazo, les incomodan las auto-revelaciones y suelen inhibirse socialmente (Casullo & Fernández Liporace, 2005).

Asimismo la psicóloga Bartholomew, propone dos dimensiones mayores subyacentes a las relaciones del apego en jóvenes y adultos: la ansiedad (frente al abandono o el amor insuficiente), y la evitación (de la intimidad y de la expresión emocional). Estas dimensiones se pueden organizar en relación con otras dos relacionadas con las representaciones de sí mismo y del otro. Por un lado el modelo de sí mismo positivo (sí mismo merecedor de amor y de atención) vs. negativo (sí mismo no merecedor), y por el otro lado, el modelo de otros positivo (los otros son vistos como disponibles y protectores) vs. negativo (los otros son poco confiables y rechazantes). Entonces se puede hablar de cuatro patrones o estilos de apego y tomando como referente la tipología de Ainsworth, agrega el estilo temeroso. Los individuos con este estilo desean intimar con otros pero

desconfían de los demás, por lo que evitan involucrarse sentimentalmente, son muy dependientes y temen ser rechazados (Casullo & Fernández Liporace, 2005).

No obstante, autores como Main y Salomon, añaden la categoría desorganizada-desorientada como tipo de apego inseguro, que esta caracterizado por tener respuestas de acercamiento contradictorias hacia la figura de apego y un afecto cambiante y/o deprimido (Casullo & Fernández Liporace, 2005).

Según West y Sheldon-Keller (1999), estresores leves no evocan comportamientos de apego en la edad adulta ya que el sujeto puede confiar en la disponibilidad de la figura de apego a pesar de una ausencia de proximidad física; es más, el adulto cuenta con unas estrategias interiorizadas (cognitivas) así como exteriorizadas (comportamentales) para responder a la activación del sistema de apego. Depende en gran parte de la representación interior que hace de su relación de apego, producida ésta por un "modelo de trabajo" primario, y que se construye y desarrolla a lo largo de los años con experiencias de apego sucesivas y variadas.

Las relaciones románticas adultas suponen sistemas de apego, protección, sexualidad, pero no con la misma intensidad en todos los casos. El amor romántico es un proceso de base biológica marcado por la evolución de la especie para facilitar la vinculación entre personas, quienes se convertirán en padres de un bebé que necesitará de su protección y cuidado (Casullo & Fernández Liporace, 2005).

3. 2. 3. El apego inseguro del adulto.

West y Sheldon-Keller (1999) hablan del temor a la pérdida en la relaciones de apego como el concepto central de la comprensión teórica y clínica de los patrones de apego inseguro en adultos.

Las representaciones específicas y precisas que surgen de las experiencias repetidas de fracaso en la capacidad de respuesta del cuidador se convierten en un modelo de trabajo generalizado, en el que todos son vistos como carentes de la capacidad de respuesta. El modelo de trabajo pronostica que las necesidades de apego no se satisfarán, las figuras de apego existentes no poseerán capacidad de respuesta ni estarán disponibles, y se perderá la seguridad, que nunca será restablecida. El sujeto de apego inseguro vive en una constante ansiedad ante el temor de perder a su figura de apego (West & Sheldon-Keller, 1999).

Mas aún como refieren West y Sheldon-Keller (1999), las creencias sobre el apego que se mantienen han adquirido mayor solidez porque han sido confirmadas en acontecimientos posteriores, haciéndolas mas fuertes y estableciéndolas como organizadores de relaciones de apego futuras. Y una vez que han sido proyectadas en nuevas relaciones, es probable que aumenten las frustraciones y decepciones posteriores. Estas nuevas experiencias de apego son entonces reinteriorizadas consolidando estilos de relación restringidos. Entonces los patrones de apego inseguro se desarrollan con el fin de proteger al sujeto para que no experimente nuevamente una situación de frustración y desamparo que previamente le causó una gran ansiedad y tristeza.

3. 2. 4. ¿Apegos que trastornan?

De acuerdo con Marrone (2001) la teoría del apego hace hincapié sobre la poderosa influencia que tienen las relaciones tempranas de apego en el desarrollo de la personalidad y, en algunos casos, en el origen de la psicopatología.

Mikulincer y Shaver (2007), en su libro explican que la teoría del apego de Bowlby fue una teoría de la psicopatología desde sus inicios. Con base en sus experiencias de orientación preuniversitaria y la posterior formación en psiquiatría infantil, Bowlby se pregunta acerca de la etiología de la delincuencia juvenil en general y los "ladrones juveniles", en particular, muchos de los cuales habían sufrido lo que él llamó "la privación materna" (por ejemplo, la pérdida de la madre, la separación de la madre, maternidad inadecuada, atención deficiente o inconsistente de los padres o profesionales en ámbitos institucionales) de crianza. Al igual que otros psicoanalistas, Bowlby asumió que la explicación de los trastornos del comportamiento radica en parte en la infancia, sobre todo en las relaciones tempranas con los cuidadores primarios. Sin embargo, lo que fue único acerca de la teoría del apego fue su dependencia empírica, evidencia de una amplia gama de las ciencias y su articulación de proposiciones contrastables empíricamente, que explican por qué y cómo las primeras relaciones contribuyen a la salud mental y psicopatología.

No obstante, Marrone (2002) relata que la experiencia temprana crea las bases de la elactancia – concepto por él definido como la capacidad de un individuo de mantener sus capacidades adaptativas y utilizar recursos internos de manera competente ante los problemas evolutivos de las distintas etapas del ciclo vital y las adversidades de la vida- o vulnerabilidad pero no determina de por sí la aparición de psicopatología o normalidad en años posteriores. Para que esto ocurra tienen que agruparse y concatenarse una serie de factores biológicos y socio-ambientales a lo largo del proceso evolutivo.

Por último Marrone (2002) refiere que la teoría del apego no es sólo una teoría de los procesos evolutivos sino que involucra también una ética social y socio-política. No sería posible afirmar que una base segura en los vínculos interpersonales y las redes sociales es necesaria para el bienestar y salud del individuo. Esta teoría puede ofrecernos un modelo de análisis e interpretación de la historia de las instituciones y servicios psiquiátricos. Y agrega que los trabajos de la sociología médica, orientados por la teoría del apego, sobre el apoyo social y enfermedad mental, le dan una base científica a la idea de que no se puede prevenir o tratar la salud mental sin un ambiente social adecuado.

3. 3. Trabajos, estudios e investigaciones.

Rutter, Kreppner y Sonuga-Barke (2009) destacan que la teoría del apego ha sido muy valiosa y de importancia crucial en alertar al mundo sobre la importancia de las relaciones sociales en el desarrollo y en llamar la atención sobre los elementos clave en las diferencias individuales en este tipo de relaciones. Fue una de las principales formulaciones originales de Bowlby, que se derivan de la investigación a través de múltiples especies y no sólo a los bebés humanos, y que tuvo en cuenta las perspectivas evolutivas y biológicas. En este estudio, se llega a la conclusión de que el campo del apego está en desarrollo, dando la bienvenida a la ampliación para incluir una gama mucho mayor de patrones con diferentes significados, así como su mayor atención está ahora en las complejidades de la comprensión de las continuidades y discontinuidades en las características del apego sobre la esperanza de vida. El pensamiento creativo continúa a buen ritmo y el tema de

las relaciones sociales es ahora generalmente reconocido como un aspecto clave del desarrollo psicológico, y una preocupación en cuanto a la comprensión de los trastornos mentales.

Por su parte, Hardy (2007), en su estudio concluye que la teoría del apego es una teoría descriptiva y no pretende ofrecer recetas para la intervención o tratamiento. Sin embargo, las intervenciones se pueden desarrollar después de la comprensión teórica de la relación entre las relaciones de apego temprano y las futuras interacciones interpersonales. Esta teoría contribuye a un nivel más profundo y más amplio de comprensión de los problemas psiquiátricos en la infancia y la edad adulta. Sostiene que la calidad de la interacción interpersonal resulta de las bases sentadas en la primera infancia, las intervenciones dirigidas a la prevención primaria sería la forma más efectiva de prevenir las secuelas de lazos desordenados, por medio del tratamiento de adultos con una historia de dificultades en el apego, con el fin de evitar la formación de vínculos inseguros con sus futuros hijos.

Conti et al. (2011), en su trabajo realizado con el fin de analizar los efectos de las condiciones de crianza temprana, sobre la salud física y mental en una muestra de monos rhesus (*Macaca mulata*), demuestran que la falta de una relación de apego seguro en los primeros años engendrada por las condiciones adversas de crianza tiene efectos a largo plazo perjudiciales para la salud física y mental, que no son compensadas por un entorno social normal en el futuro y con efectos a largo plazo, que varían según el sexo. La persistencia de estos efectos hace hincapié en la necesidad de intervenir de manera temprana para evitar daños a largo plazo.

Ortiz Barón, Gómez Zapiain y Apodaca (2002) considerando los resultados de su trabajo avalan la relevancia de la teoría del apego en las relaciones socio-afectivas durante la etapa adulta. En su estudio, la memoria de una madre afectuosa, responsiva y sensible a las señales y necesidades infantiles se asoció significativamente con un estilo de apego adulto caracterizado por la confianza y seguridad, mientras que la distancia, frialdad y rechazo de la figura de apego en la infancia se relaciona con la inseguridad en las relaciones afectivas. De acuerdo con la teoría del apego, esta continuidad se explicaría por la persistencia de los modelos mentales. De modo alguno, están afirmando que estos no se modifiquen ni que permanezcan estables.

Garrido-Rojas (2006) señala que en el apego seguro se presentan mayor cantidad de emociones como confianza, alegría, placer, calma y tranquilidad; en el estilo evitativo predominan emociones de ansiedad, miedo, rabia, hostilidad y desconfianza y, en el estilo ambivalente, resaltan emociones como preocupación, rabia, miedo, estrés y ansiedad. Con respecto a las estrategias de regulación emocional, en el estilo seguro se utilizan mayormente estrategias de búsqueda de proximidad, afiliación, exploración; alta expresión de las emociones y búsqueda de apoyo social. En el estilo evitativo se tienden a utilizar estrategias de inhibición emocional, distanciamiento de lo emocional y afectivo, exclusión de recuerdos y pensamientos dolorosos, inhibición de búsqueda de proximidad, supresión de emociones negativas y distanciamiento de los contextos de apego. En el estilo ambivalente se utilizan con mayor frecuencia estrategias de búsqueda de proximidad hacia las figuras de apego, hipervigilancia, rumiación, y sobre-activación general del organismo, inhibición emocional, atención directa al estrés, acceso constante a recuerdos emocionales negativos, activación crónica y disfuncional del sistema de apego.

Se ha comprobado por distintos autores, según Garrido Rojas (2006) que hay ciertas emociones dañinas para la salud física, entre las que destacan la rabia, ira, ansiedad, hostilidad y estrés; dado

que pueden afectar la probabilidad, inicio y progresión de enfermedades diversas, como afecciones cardíacas, cáncer, artritis, SIDA, hipertensión arterial, entre otras. Entonces los estilos de apego inseguro, tanto ambivalente como evitativo, están más expuestos a problemas de salud física por la presencia constante, justamente, de las emociones que producen los mayores daños según lo reportado en la mayoría de las investigaciones. Al considerar qué efectos podrían tener las estrategias de regulación emocional utilizadas en los distintos estilos de apego, se podría continuar con hipótesis tendientes a esperar una mejor salud física en estilos de apego seguro, y un deterioro mayor de ésta, en ambos estilos inseguros.

No obstante en este estudio, se enfatiza la necesidad de realizar investigaciones que permitan evaluar relaciones entre estilos de apego y salud física, puesto que en la literatura se han documentado relaciones entre estilos de apego y psicopatología, habiendo una carencia en torno a lo que sucede con la salud física que sería importante dilucidar, ya que se esperaría confirmar que los estilos inseguros poseen diversos factores de riesgo, que implican una mayor propensión al desarrollo de afecciones en su salud física. Y también considera necesario señalar que las investigaciones utilizan instrumentos diversos que no necesariamente coinciden en los resultados encontrados, lo que mantiene preguntas sin respuestas definitivas en distintas temáticas relacionadas al apego y esto reafirma la necesidad de seguir investigando, con el objetivo último de llegar a resultados fiables y así poder mejorar la calidad de vida del ser humano (Garrido-Rojas, 2006).

Por su parte, Ortiz Barón, Gómez Zapiain y Apodaca (2002), señalan que aunque la expresividad emocional ha sido una característica históricamente atribuida a las mujeres, en su estudio se revela estrechamente ligada a la satisfacción marital también en los varones.

En su investigación, Esbjorn, Bender, Reinholdt-Dunn, Munk y Ollendick (2012) refieren que la teoría del apego advierte que la desregulación emocional en los niños puede resultar de las relaciones inadecuadas entre el niño y su principal cuidador. Es más, un estilo de apego inseguro, especialmente un inseguro-ambivalente, se asocia con el desarrollo de estrategias de regulación emocional ineficaces y con trastornos de ansiedad. Tanto la teoría como la evidencia sugieren que puede haber una asociación entre las habilidades de regulación emocional disfuncionales, trastornos de la infancia y la ansiedad. Sin embargo, debido a la escasez de estudios y las limitaciones metodológicas, no se pueden realizar conclusiones firmes respecto a la contribución de la fijación de estilos para el desarrollo de las emociones disfuncionales, trastornos de la regulación y de la ansiedad en la infancia.

De acuerdo con Soares y Dias (2007) la literatura clínica sobre adolescentes y adultos apoya la existencia de asociaciones entre inseguridad de apego y psicopatología. En general, los estudios permanecen todavía en un abordaje descriptivo, con lo cual consideran necesario avanzar hacia un análisis más comprensivo sobre los mecanismos y procesos inmersos en las relaciones entre apego y psicopatología.

Surcinelli, Rossi, Montebrocchi y Baldaro (2010), en su estudio obtuvieron resultados que indican que el apego seguro en adultos se asocia con una mejor salud mental, mientras que los estilos de apego inseguro se caracterizan por pensamientos negativos sobre uno mismo, quedando asociados con mayores puntuaciones de depresión y ansiedad. Empero, el apego no puede considerarse como redundante en la explicación de la enfermedad psicológica.

Los hallazgos del estudio de Santelices Álvarez, Guzmán González y Garrido Rojas (2011) contribuyen a fortalecer la hipótesis de Bowlby respecto a que el grado de seguridad desarrollado en el estilo de apego influye sobre la salud mental a lo largo de la vida. Según los resultados obtenidos, un apego seguro actuaría como un mecanismo protector frente a problemas de ajuste socioemocional, específicamente, sintomatología ansioso-depresiva, problemas de relación interpersonal y dificultades en el ejercicio de los roles sociales. Por otra parte, el estudio mostró que el apego inseguro se asocia significativamente con dificultades en las dimensiones señaladas durante la edad adulta, por lo que podría considerarse como un factor de riesgo para la salud mental y ajuste social. Finalmente estos autores consideran que avanzar en el estudio de la relación entre apego y psicopatología en adultos constituye un programa de investigación que aportará al esclarecimiento de los múltiples caminos que llevan a una persona hacia la salud mental y el ajuste social, o bien hacia la patología y el sufrimiento. El rol de las relaciones interpersonales a lo largo de la vida, ya sea como factores de riesgo y vulnerabilidad, o como escudos protectores y mecanismos de resiliencia para la salud mental, aun permanece incompleto y con preguntas claves que responder.

En su trabajo, Bifulco et al. (2006) intentan abordar la relación entre estilo de apego adulto y niveles clínicos de ansiedad y depresión mayor, así como examinar el potencial rol mediador de los estilos de apego inseguro en la relación entre la experiencia adversa de la infancia y el trastorno adulto. Para lo que concluyen que para interpretar correctamente los modelos de vida del trastorno psiquiátrico adulto, es necesario comprobar los factores de mediación. La teoría del apego proporciona un marco para explicar cómo un estilo interpersonal disfuncional que surge de la primera infancia perpetúa la vulnerabilidad a los trastornos afectivos. Esto tiene implicaciones para la intervención y el tratamiento para romper los ciclos de riesgo.

Manicavasagar, Silove, Marnane y Wagner (2009) dicen que la teoría del apego sugiere que los estilos de apego inseguros se asocian con el riesgo de trastornos psiquiátricos, especialmente trastornos de ansiedad. La ansiedad por separación parece ser un núcleo de la forma de la ansiedad que se asocia con el apego ansioso. Sin embargo, hasta ahora ningún estudio ha examinado la relación entre los estilos de apego y el trastorno de ansiedad de separación en adultos, una condición que sólo recientemente se ha reconocido plenamente. En este estudio se sugiere que los pacientes con ansiedad comórbida con el trastorno de ansiedad por separación adulto, trastorno de pánico y trastorno de pánico con agorafobia tienen como base un estilo de apego ansioso.

Por su parte, Garibay Rico (2002), en su investigación sobre los mecanismos neurobiológicos del Trastorno de Ansiedad Social y en base a estudios con animales, refiere que este Trastorno sugiere ser una enfermedad caracterizada por una disfunción en los sistemas de evaluación de riesgos y beneficio, utilizando las vías neurales de reconocimiento. Anatómicamente muchas de estas vías disparan proyecciones y atraviesan el cíngulo anterior, que es una región recientemente implicada en las conductas de unión materno-infantiles.

Sierra, Zubeidat y Fernández Parra (2006) mencionan que los factores de riesgo familiares se identificarían como significativos en el inicio de la fobia social, incluyendo los conflictos familiares, la ausencia del soporte emocional en las relaciones entre padres/hijos, las tendencias parentales de restarle significado e importancia a las opiniones de los demás, las prácticas parentales

perjudiciales, tales como la sobreprotección y la disciplina punitiva y la psicopatología parental. Asimismo cuentan que recientemente, se han revelado diferencias de género, estadísticamente significativas, en el inicio de la fobia social en función de la adversidad familiar, variando en el subtipo de la misma. Y por último cuentan que, se ha demostrado que la ausencia de padres y adultos de confianza en la infancia de los varones estaba asociada con un nivel elevado de riesgo de desarrollo de la fobia social.

El estudio de Cunha, Soares, y Pinto-Gouveia (2008) da cuenta sobre la influencia de la inhibición, estilo de apego, estilo de crianza de los hijos y comparación social sobre el trastorno de ansiedad social. Se utilizó una entrevista clínica estructurada e instrumentos de auto-informes, el modelo de ecuación estructural demostró un efecto combinado de la inhibición, comparación social y la calidad de apego a los iguales como predictores de la ansiedad social, igual que el rol mediador de la comparación social mediante el efecto de otras variables. Aunque este estudio presenta algunas limitaciones, sus resultados contribuyen al entendimiento de algunas de las vías de desarrollo y mantenimiento de la ansiedad social durante la adolescencia.

En el artículo de Vertue (2003), las teorías actuales de la ansiedad social se integran en el marco de la teoría del apego, en particular, por medio de los modelos internos de trabajo, de uno mismo y los demás. Estos modelos de creencia y expectativas sobre las relaciones sociales contribuyen a la ansiedad social, y también contienen conocimiento procedimental acerca de las habilidades necesarias para iniciar y mantener relaciones sociales.

La asociación entre los modelos internos de trabajo y la ansiedad social, representa un movimiento que no se ha hecho previamente debido a las percepciones tradicionales de que un concepto se refiere únicamente a las relaciones íntimas y el otro se refiere únicamente a las relaciones no íntimas. Pero una re-conceptualización de las habilidades sociales como la regulación de las emociones de los demás proporciona un nuevo marco en el que estudiar las habilidades sociales y la descripción de las vías a la ansiedad social proporcionando posibles focos de intervención para aquellos que sufren este trastorno (Vertue, 2003).

Eng, Heimberg, Hart, Schneier y Liebowitz (2001) refieren que a pesar de sus evidentes consecuencias para el funcionamiento social, los estilos de apego adulto nunca se han explorado específicamente entre las personas con trastorno de ansiedad social. En su estudio encontraron que la ansiedad social se relaciona con estilos de apego ansioso y seguro. Y que específicamente el estilo de apego ansioso presenta una ansiedad social mas grave, evitación, depresión mayor, mayor deterioro, y menor satisfacción en la vida que los estilos de apego seguro. Por otro lado, la ansiedad social se encuentra mediando la asociación entre la inseguridad del apego y la depresión.

Asimismo, los resultados de un estudio realizado por Erozkan (2009), con estudiantes universitarios de Turquía, indican que existe una relación significativa entre los estilos de apego y la ansiedad social. En consecuencia, dicen que el estilo de apego es un factor importante que afecta las relaciones interpersonales y determina los niveles de ansiedad social en los individuos. Además refieren que una investigación previa sugiere que los individuos con fobia social experimentan a menudo dificultades en relaciones interpersonales más íntimas. La teoría proporciona un marco coherente para la conceptualización de la etiología y mantenimiento de algunos casos de este trastorno a través de un examen de los sistemas cognitivo-emocionales involucrados en la ansiedad social.

Sumado a esto, Wu y Zhang (2005) cuentan que las relaciones interpersonales en la edad adulta se relacionan con la experiencia temprana de apego. Un estilo de apego inseguro puede llevar a una relación interpersonal disfuncional. Este estudio realizado en China con el fin de conocer la relación entre el trastorno de ansiedad social basado en los estilos de apego adulto con el modelos cognitivos y rasgos de personalidad, concluye que los modelos internos de trabajo de estilos de apego inseguro en la edad adulta son la base psicopatológica del trastorno de ansiedad social.

4. MÉTODO

4. 1. Tipo de Estudio

Se trata de un Estudio Descriptivo de Caso Único.

4. 2. Participante

El sujeto es un hombre adulto joven de 21 años, de contextura física mediana y aspecto saludable. Es soltero y se encuentra estudiando una carrera universitaria. Reside con su familia, compuesta por su padre, su madre y sus dos hermanas. Padece un Trastorno de Ansiedad Social, razón por la cual se atiende de forma ambulatoria .

4. 3. Instrumentos

Para recopilar datos se utilizaron como instrumentos, una entrevista semi-dirigida con la psicóloga tratante y la Escala de Estilos de Apego.

En la entrevista con la psicóloga se intentó profundizar sobre los aspectos a consultar en la Historia Clínica, tales como datos filiatorios, motivo de consulta, diagnóstico y tratamiento, ya que no se nos permitió acceder a la misma por cuenta propia. Además se procuró indagar sobre los factores desencadenantes del Trastorno, sobre la relación con los miembros de la familia y los vínculos con pares, tanto hombres como mujeres.

La Escala de Estilos de Apego adaptada por Casullo y Fernández Liporace (2005), es un instrumento psicométrico autoadministrable que evalúa el estilo de apego romántico y no romántico. Tiene como marco teórico de referencia las tres dimensiones del apego propuesto por Ainsworth (seguro, inseguro resistente e inseguro evitativo). Posee dos versiones: el de las relaciones románticas y el de los vínculos no románticos, con once y nueve ítems respectivamente para cada versión; sobre la base de una escala likert de 4 respuestas ordenadas de menor a mayor en términos de frecuencia. No obstante para los fines del presente Trabajo solo se utilizó la versión de vínculos no románticos. Esta escala es válida para medir los estilos de apego en adultos, no así en adolescentes puesto que en este momento evolutivo se estabilizan los estilos de apego.

Asimismo, la psicóloga tratante utilizó distintas técnicas para evaluar al paciente en cuestión, de las cuales solo se pudo obtener los resultados, mediante la entrevista semi-dirigida. Por un lado utilizó Técnicas Psicométricas, para estudiar la ansiedad, el Inventario de Movilidad para Agorafobia (IMA), el Cuestionario de sensaciones corporales (CSC), el Cuestionario de cogniciones agorafóbicas (CCA) y la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz; para dar cuenta de síntomas depresivos, el Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición (BDI-II); con el objetivo de

indagar sobre la personalidad, le administró el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, y por otro lado utilizó una Técnica Proyectiva, el HTP.

Cascardo y Resnik (2000), cuentan que en el año 1984 Chambless y Col. publicaron el CSC y el CCA, para la evaluación del “Miedo al Miedo” en pacientes agorafóbicos, ambas escalas además fueron muy utilizadas como elementos para ver la evolución del tratamiento en pacientes con Trastorno de Pánico. Estas escalas han tenido un enorme valor inicial al lograr discriminar y objetivar de modo confiable las distintas manifestaciones físicas y cognitivas que componen la crisis. El CSC reúne los síntomas físicos que se presentan durante las crisis de pánico y los puntúa de acuerdo con el grado de temor o preocupación que genera cada uno de ellos en el paciente. Consta de 17 ítems que se puntúan de 1 a 5 según la manifestación sea nula, leve moderada, grave o severa. El puntaje mínimo es 17 y el máximo 85. El CCA agrupa los distintos pensamientos catastróficos a cerca de los resultados de la ansiedad, puntuando la frecuencia con que se presentan cuando el paciente está ansioso o en crisis.

Consta de 14 ítems que se puntúan igual que el anterior, el mínimo es de 14 y el máximo 70.

No obstante y en ese mismo año estos autores presentaron también el Inventario de Movilidad para Agorafobia (IMA), que evalúa el impacto conductual, medido en frecuencia de conductas evitativas. Esta escala tiene 26 ítems, cada uno de ellos también se puntúa de 1 a 5, el mínimo es 26 y el extremo 130 (Cascardo y Resnik, 2000).

La Escala de Liebowitz, es un cuestionario que se ha convertido en más utilizado para estudios de evaluación del tratamiento psicofarmacológico de la fobia social. Consta de 24 ítems que se refieren a las situaciones sociales o de actuación frecuentemente problemáticas en los pacientes con trastorno por fobia social. Los ítems se agrupan en 2 sub-escalas: de ansiedad de actuación (13 ítems) y de ansiedad social (11 ítems). Cada una de las 2 sub-escalas se evalúa desde las 2 dimensiones nucleares del trastorno de fobia social: el grado de temor o ansiedad experimentado ante las situaciones y su grado de evitación. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 4 grados, que en el caso de la dimensión de ansiedad se refiere a intensidad (0 = ansiedad nula; 3 = máxima ansiedad), y en el caso de evitación se refiere a frecuencia de aparición (0 = nunca; 3 = usualmente o entre el 67-100% de las ocasiones). Es posible obtener dos puntuaciones totales de entre 0 y 72 puntos para las sub-escalas de ansiedad y evitación, respectivamente, en las que el 0 representa un grado de ansiedad y evitación nulo y el 72 el grado máximo (Bobes et al., 1999).

El BDI-II, es un instrumento de auto-informe compuesto por 21 ítems cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Esta versión fue desarrollada para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos del DSM-IV, y no como un instrumento para especificar un diagnóstico clínico (Beck, Steer y Brown, 2006).

En la década del cuarenta los doctores Hathaway y Mckinley, de la Universidad de Minnesota, comenzaron a reunir frases con el objetivo de elaborar una técnica objetiva para evaluar la personalidad. La idea era estudiarla desde varios ángulos, es decir, multifásicamente. Basado en la nosología de Kraepelin, el MMPI-2, es una técnica autoadministrable compuesta por las Escalas de Validez (Interrogantes; Sinceridad; Validez; Factor Corrector), las Escalas Clínicas (Hipocondriasis; Depresión; Histeria; Desviación Psicopática; Masculinidad-Femenidad; Paranoia; Psicastenia; Esquizofrenia; Hipomanía; Introversión) y las Escalas de Contenido (Ansiedad; Miedos;

Obsesividad; Depresión; Preocupaciones por el estado de salud; Pensamiento bizarro; Hostilidad; Cinismo; Prácticas Sociales; Comportamiento tipo A; Baja Autoestima; Malestar Social; Problemas Familiares; Interferencias Laborales; Indicadores Negativos hacia el Tratamiento).

El HTP es una Técnica Proyectiva en la que se le pide al evaluado que dibuje un árbol, una casa y una persona, tal y como lo dice su nombre en inglés. Se analiza exhaustivamente cada dibujo, éstos intentarán revelar la imagen que las personas tienen de sí mismas y del ambiente, reflejando aspectos físicos y emocionales de la persona (Buck, 1995).

4. 4. Procedimientos

En cuanto a la Historia Clínica, se consultó a la psicóloga tratante del sujeto participante.

Luego se pactó otro encuentro para tener la entrevista con la psicóloga tratante y profundizar sobre las áreas mencionadas anteriormente.

La Escala de Estilos de Apego se realizó en una sola toma, dado que la misma es de una extensión acotada. Se asesoró y acompañó al paciente al momento de la toma pero al ser autoadministrable, el mismo fue leyendo las frases y puntuando a cada una.

5. ANÁLISIS DEL CASO

5. 1. Características del Trastorno de Ansiedad Social estudiado.

El sujeto participante de 21 años de edad, es estudiante universitario de la Carrera Ingeniería en Electrónica y no trabaja. Vive con su familia, que está compuesta por sus dos hermanas, padre y madre. El padre es un hombre tímido y respecto a la madre, su relación con ella no se trabajó en el proceso psicoterapéutico realizado .

La psicóloga tratante refiere que el sujeto es una persona que se caracteriza por mantenerse aislado, no sale con amigos, no se integra en grupos de la Facultad. Tiene una escasa red social, se relaciona poco con sus pares, le cuesta empatizar, tiene emociones estancadas y dificultades para expresarse oralmente. Tiene problemas para tener una relación de pareja, nunca tuvo novia, más aún hace mucho tiempo que no está con una chica.

Y de hecho se presenta motivado por su gran dificultad para relacionarse con sus pares, lo que a su vez le trae problemas para tener amigos y una novia. No obstante, señala la psicóloga, no hubo factores desencadenantes.

Basándose en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión (DSM-IV TR), la psicóloga tratante determina que el sujeto participante padece un Trastorno de Ansiedad Social del Eje I y un Trastorno de la Personalidad por Evitación del Eje II.

Como señala la American Psychiatric Association (2002), El Eje I describe todos los trastornos incluidos en la clasificación que son objeto de atención Clínica y el Eje II incluye los trastornos de la personalidad y el retraso mental pero también puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad. Pero cuando una persona presenta un trastorno del Eje I y otro del Eje II -como es en caso del sujeto participante- se supondrá que el diagnóstico principal o motivo de consulta corresponde al Eje I, a menos que el diagnóstico del Eje II vaya seguido de la frase "diagnóstico principal" o "motivo de consulta". En este caso el

diagnóstico principal corresponde al Eje I, dado que la psicóloga tratante no especifica que se trate del Eje II.

Cía (2004) refiere que la ansiedad social es normal pero cuando una persona padece un Trastorno de Ansiedad Social (TAS), esta se convierte en patológica y llega a ser severa, perturbadora e incapacitante, condicionando la conducta del individuo afectado. Esto se ve claramente en el sujeto participante, ya que no puede llevar una vida social normal, de hecho no tiene vida social y esto le imposibilita tener amigos y formar una pareja, algunos de los motivos por los que busca un tratamiento psicoterapéutico.

En base a lo que indica la American Psychiatric Association (2002) se puede destacar en el sujeto participante, que a pesar de tener miedo a hablar en público, esto no le impide hacerlo pero lo que le genera un gran monto de ansiedad es el hecho de poder mantener una conversación. El enrojecimiento es muy típico de la fobia social, y es algo que a él también le genera mucha molestia.

De acuerdo a las características diagnósticas que indica la American Psychiatric Association (2002), al sujeto participante le resultan embarazosas las actuaciones en público y le provocan una respuesta de ansiedad inmediata pero logra enfrentarlas. Él reconoce que este temor es irracional o excesivo y evita situaciones sociales o las experimenta con ansiedad o malestar intensos. Este comportamiento de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece, interfieren con su rutina normal sobre todo en el ámbito académico y social. No refiere consumo de drogas ni tiene una enfermedad médica y lo que padece no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Como se menciona anteriormente, al sujeto participante le resultan embarazosas las actuaciones en público, aunque logra transitarlas sin demasiados inconvenientes pero lo que realmente caracteriza al trastorno que padece, es el gran monto de ansiedad que le genera relacionarse con sus pares y más aún si son del sexo opuesto. Y como explica Cía (2004) respecto al Trastorno de Ansiedad Social no generalizado, los temores del fóbico o ansioso social están circunscriptos a determinadas situaciones de desempeño

El sujeto además posee un trastorno de la personalidad por evitación cuya característica esencial es un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienzan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos (American Psychiatric Association, 2002).

Asimismo la psicóloga tratante agrega que el sujeto posee rasgos Esquizoides y del Trastorno Distímico. Lo que caracteriza trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal. Y en cuanto al trastorno distímico, existe un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día, de la mayoría de los días. Los sujetos con este trastorno describen su estado de ánimo como triste o «desanimado». Durante los períodos de estado de ánimo depresivo pueden tener también pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (American Psychiatric Association, 2002).

Aunque muchas veces los trastornos relacionados con las sustancias pueden estar asociados al trastorno de ansiedad social, este parece no ser el caso, dado que el sujeto refiere que no consume drogas.

Previo al inicio del tratamiento psicoterapéutico, se evaluó al mismo con otros instrumentos. Para evaluar la ansiedad se utilizaron el Inventario de Movilidad para Agorafobia (IMA), el Cuestionario de sensaciones corporales (CSC) y el Cuestionario de cogniciones agorafóbicas (CCA) pero en ninguno obtuvo un puntaje significativo. No obstante, se utilizó la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, donde obtuvo puntajes elevados en ansiedad y evitación.

Asimismo, se le administró el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2), donde obtuvo puntuaciones altas en las Escalas Clínicas de Depresión, Psicastenia e Introversión.

De acuerdo con Brenlla y Prado (1999), obtener puntajes altos en la Escala de Depresión, sugiere que puede existir en el sujeto participante, un patrón caracterizado por presencia de depresión, infelicidad, disforia, pesimismo, culpabilidad, autocompasión y desganado. También puede que presente quejas somáticas, debilidad, fatiga, disminución de la energía y tensión. Se preocupa en exceso, con poca confianza en si mismo, indeciso, se considera poco efectivo por lo que no se adecúa en ámbitos laborales y académicos. Puede ser visto además como tímido, introvertido, ensimismado, cauto, mesurado y convencional. Tiende a mantener distancia y evita contactos sociales.

Puntuaciones elevadas en Psicastenia, según Brenlla y Prado (1999) reflejan que el sujeto puede tener sentimientos de culpa, ansiedad, rumiación obsesiva, miedos irracionales, dificultades de concentración, labilidad de interés, falta de decisión y moralidad exacerbada. Se trata de una persona individualista, que participa poco en situaciones de grupo y se muestra insatisfecho en sus relaciones interpersonales. Tiende a ser ansioso, tenso y muestra inconformismo, preocupación y sentimientos de aprehensión. Con frecuencia es tímido, con dificultades para la interacción social.

En lo que refiere a la Escala de Introversión y como lo dice su nombre este sujeto es introvertido socialmente, se siente mejor en soledad que en compañía de otros. Tiene pocas amistades, es tímido, retraído y reservado. Tiende a sentirse incómodo con el sexo opuesto, es difícil de conocer y sensible acerca de lo que los demás piensan sobre él. Es posible que no demuestre sus sentimientos. En sus relaciones puede ser sumiso y complaciente. Suelen considerarlo como serio, lento, confiable, dependiente, y cauto. El estilo de afrontamiento suele ser prudente, convencional, algo indeciso y poco original, con rigidez e inflexibilidad. Por último, puede referir preocupaciones, ser irritable, ansioso, con tendencia a la culpa y episodios de depresión (Brenlla & Prado, 1999).

Por otro lado, se lo evaluó con el Inventario de Depresión de Beck, donde el sujeto obtuvo una puntuación baja. Esto refleja que los altibajos que pueda tener son considerados normales (Beck, Steer & Brown, 2006).

Además se le administró una técnica proyectiva llamada HTP, Los resultados revelan que el sujeto participante tiene una dependencia afectiva, permeabilidad a las presiones ambientales, evitación del contacto social, impulsividad, preocupación por mantener contacto con la realidad, preferencia por el pasado –regresión- e inmadurez emocional. Además, pareciera percibirse a sí mismo con escasos recursos de afrontamiento.

De lo observado en las exposiciones realizadas se desprende que el sujeto se caracteriza por ser tímido, serio y poco expresivo, con dificultades para demostrar lo que siente, parece tener poca conexión con sus propias emociones. Le cuesta hablar con personas de su misma edad, sobre todo con las mujeres, y más aún mantener una conversación, es una persona de muy pocas palabras, tiene grandes problemas para mantener la atención y concentrarse.

Ante todo lo expuesto se puede describir al sujeto participante como un adulto joven con serias dificultades para relacionarse con pares. No tiene amigos ni novia, le incomoda el sexo opuesto, se mantiene aislado, no participa en grupos, mantiene distancia pues evita contactos sociales por la gran ansiedad que le provoca. La ansiedad social es lo que más lo aqueja y lo conduce a una gran inhibición social.

Se caracteriza por ser tímido, introvertido, solitario, retraído, reservado, serio, algo rígido e inflexible. Tiene dificultad para expresar sentimientos y emociones. Presenta un estado de ánimo algo depresivo y baja autoestima, con grandes dificultades para concentrarse y prestar atención.

5. 2. Estilo de apego.

Por otro lado, se evaluó al sujeto participante con la Escala de Estilos de Apego, mediante la cual obtuvo un puntaje muy elevado en cuanto al estilo de apego temeroso-evitativo. Tal y como figura en el siguiente cuadro:

PUNTUACIONES DIRECTAS

PERCENTILES

Temeroso-Evitativo

Dimensión o sub-escala 15

Escala sobre vínculos no románticos 90

Ansioso

Dimensión o sub-escala 4

Escala sobre vínculos no románticos 20-35

Seguro

Dimensión o sub-escala 3

Escala sobre vínculos no románticos 20-35

Es notable la gran diferencia existente en los resultados que obtuvo, donde el estilo temeroso-evitativo es muy elevado, desplazando casi por completo a los otros dos estilos, ansioso y seguro. En estos dos obtuvo el mismo resultado, que oscila entre bajo y del promedio.

En base a lo que relata Bowlby (1989), un individuo con un estilo de apego evitativo no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta servicial sino que, por el contrario, espera ser desairado. Intentando vivir su vida sin el amor y el apoyo de otras personas, volviéndose emocionalmente autosuficiente. Aquí el conflicto es más oculto, siendo resultado del constante rechazo de la madre cuando el individuo se acerca a ella en busca de consuelo y protección.

En su libro, Casullo y Fernández Liporace (2005), cuentan que los autores Hazan y Shaver encontraron los mismos patrones de relación entre adolescentes y adultos. Personas con apego evitativo se pueden mostrar más o menos interesados en relaciones íntimas pero están poco dispuestos a mantener relaciones románticas a largo plazo, les incomoda la auto-revelación y suelen inhibirse socialmente.

El estilo de apego que presenta el sujeto concuerda ampliamente con las características del Trastorno de Ansiedad Social que padece, tal y como fue descrito en el punto anterior, y esto era lo que se esperaba que suceda, permitiendo pensar que puede ser posible que exista una relación entre ambos.

5. 3. Estilo de apego y Trastorno de Ansiedad Social.

Como se menciona anteriormente el sujeto participante padece un Trastorno de Ansiedad Social, de acuerdo a lo informado por la psicóloga tratante, quien a su vez añade un Trastorno de la Personalidad por Evitación, rasgos esquizoides y de distimia.

No obstante, y mediante la Escala de Estilos de Apego desarrollada por Casullo y Fernández Liporace basada en la teoría del apego de Bowlby, se pudo determinar que el sujeto presenta un estilo de apego temeroso-evitativo en cuanto a relaciones no románticas.

Por su parte, Marrone (2001), destaca que la teoría del apego hace hincapié sobre la poderosa influencia que tienen las relaciones tempranas de apego en el desarrollo de la personalidad y, en algunos casos, en el origen de la psicopatología. No obstante, para que esto ocurra tienen que agruparse y concatenarse una serie de factores biológicos y socio-ambientales a lo largo del proceso evolutivo.

Existen numerosos estudios, trabajos e investigaciones tendientes a evaluar la posibilidad de que estilos de apego inseguros desarrollados en la infancia, puedan ser la base de una psicopatología en la adolescencia y la edad adulta. Muchos de ellos obtienen resultados que reflejan la posibilidad de que esto ocurra. Sin embargo y sin lugar a dudas, pueden intervenir también otros factores que pueden ser genéticos, familiares, sociales y culturales, entre otros.

Los hallazgos del estudio de Santelices Álvarez, Guzmán González y Garrido Rojas (2011) muestran que el apego inseguro se asocia significativamente con dificultades en las dimensiones señaladas durante la edad adulta, por lo que podría considerarse como un factor de riesgo para la salud mental y ajuste social.

Además se pudieron encontrar investigaciones como las de Cunha, Soares y Pinto-Gouveia (2008); Vertue (2003); Eng, Heimberg, Hart, Schneier y Liebowitz (2001); Erozkan (2009) y de Wu y Zhang (2005), donde se buscaba comprobar específicamente si existe una relación entre un estilo de apego inseguro y el trastorno de ansiedad social. Una se realizó en Turquía y la otra en China.

Ambas llegan a la conclusión de que la relación existe y que el estilo de apego inseguro puede predisponer a una persona a padecer un trastorno de ansiedad social posteriormente.

Los resultados del estudio realizado por Erozkan (2009) en Turquía, indican que existe una relación significativa entre los estilos de apego y la ansiedad social. En consecuencia, dicen que el estilo de apego es un factor importante que afecta las relaciones interpersonales y determina los niveles de ansiedad social en los individuos.

Y la investigación desarrollada en China por Wu y Zhang (2005), indica que las relaciones interpersonales en la edad adulta se relacionan con la experiencia temprana de apego. Un estilo de apego inseguro puede llevar una relación interpersonal disfuncional. Es más, los modelos internos de trabajo de estilos de apego inseguro en la edad adulta son la base psicopatológica del trastorno de ansiedad social.

Tras el trabajo realizado en cuanto a la evaluación del estilo de apego del sujeto, la información obtenida a través de la entrevista con la psicóloga tratante y la exhaustiva búsqueda de estudios existentes que pudieran relacionar las variables planteadas, se puede inferir que el estilo de apego temeroso-evitativo que posee el sujeto pudo contribuir al desarrollo de la enfermedad mental que presenta.

Pero además como señala Cía (2004) en su libro dedicado exclusivamente al Trastorno de Ansiedad Social, si bien durante la infancia los niños aprenden de sus padres los modelos de lo esperado, cómo conducirse en los vínculos interpersonales y los rituales de interacción social. No queda claro si las conductas y actitudes parentales son las que generan la ansiedad del niño, o son una respuesta a la misma y esto es una seria limitación. Aunque, lo más probable es que sean recíprocas o bidireccionales, configurando una interacción compleja o círculo vicioso que persiste a través del tiempo y es un mantenedor de la ansiedad del niño.

Otras influencias para el desarrollo de dicho trastorno según este autor se pueden dar en el ámbito escolar o en el grupo de pares mediante el juego, siendo posibles generadores de ansiedad social. También es posible que distintas vulnerabilidades genéticas contribuyan al desarrollo del TAS, como señala Cía (2004).

Y por último Cía (2004) refiere que ciertos estudios sugieren que los familiares de individuos con este trastorno presentan mayor riesgo de desarrollar el trastorno o de haberlo padecido. Al respecto de esto, la psicóloga tratante informa que el padre del sujeto participante es un hombre tímido, con esto se podría llegar a inferir que pudo haber sido otra influencia en el desarrollo del trastorno de dicho sujeto. Pero no se podría confirmar, pues la psicóloga no tenía más datos sobre el tema, ya que para ella no era importante tratarlos en el proceso psicoterapéutico.

5. 4. El tratamiento psicoterapéutico.

El sujeto participante se presenta entonces motivado por su dificultad para relacionarse con sus pares, lo que a su vez le trae problemas para tener amigos y una novia. Él busca ayuda para resolver estas cuestiones que lo aquejan e inicia un tratamiento psicoterapéutico.

Por consiguiente, sus objetivos para con el proceso psicoterapéutico son: tener vínculos, ampliar la red social, sostener conversaciones, modificar síntomas físicos que le provoca el Trastorno y los pensamientos asociados a éste, por los que se siente limitado.

Tras ser evaluado mediante una amplia batería de test y diagnosticado en base a las características que presenta, el sujeto comienza el tratamiento que consta de terapia individual, participación en un grupo terapéutico específico para la patología que padece y la asistencia a exposiciones acompañado por pasantes.

Cabe aclarar que el psiquiatra tratante, no consideró necesario complementar esto con un tratamiento psicofarmacológico, y en esto, el mismo sujeto acordaba plenamente.

En el tratamiento realizado de forma individual con la psicóloga tratante, se trabajó sobre la red social del paciente, se hizo hincapié en la relación con pares del mismo sexo y del sexo opuesto también. Ya que su motivo de consulta se enfocaba en su dificultad (y deseo) de tener amigos y una novia. No obstante, no se trató en lo absoluto las relaciones familiares, un tema que se considera de gran importancia en este trabajo.

El tratamiento individual refiere a la Terapia de tipo Cognitivo Comportamental, cuyo objetivo según Cía (2004) es ayudar a los pacientes a romper sus patrones auto-derrotistas y comportarse de manera más adaptativa en diferentes situaciones interpersonales, mediante la eliminación de sus pensamientos ansiogénicos y redirigir su atención a las claves habituales interaccionales. Otro objetivo es impedir la evitación, debido a que la misma impide a los pacientes la oportunidad de desafiar sus pensamientos distorsionados y recibir una retroalimentación correctora.

Respecto al grupo terapéutico al que el sujeto asistía, éste lleva el nombre TAS, siglas que refieren al Trastorno de Ansiedad Social. El mismo es dirigido por una ex-paciente, que padecía dicho trastorno y esta conformado por pacientes que lo padecen pero que tienen diferentes historias y pueden compartirlas dentro de ese espacio. Se realizan distintas actividades tendientes a exponer al paciente a estímulos sociales temidos para que se habitúe a la situación hasta que comience a perder el miedo y empiece a disfrutar de ella.

Durante la Práctica solo se pudo tener acceso a un encuentro del Grupo TAS, donde se observó que por lo general la coordinadora le pedía a algún miembro del grupo que preparara un tema de interés para exponerlo frente a los demás. También se realizó un juego en el cual los participantes debían elegir una foto y representar con su cuerpo lo que había allí, acompañándolo de alguna frase que fuera representativa de esa imagen. Además preparaban canciones entre todos, había participantes que sabían tocar instrumentos musicales y los demás los acompañaban cantando. Y en ocasiones organizaban salidas entre todos, iban a comer y luego quienes quisieran también iban a tomar algo a algún bar.

Se hizo evidente la cohesión en el grupo, sobre todo entre los pacientes que hace tiempo concurrían al mismo. Fue notoria la presencia del sujeto participante, estudiado en el presente trabajo, quien realizaba las actividades que se le pedían sin problemas, decía que no le importaba demasiado hacer el ridículo, y de hecho, era uno de los pocos que tocaba un instrumento musical, lo que ayudaba a su integración en dicho grupo.

Este tipo de tratamiento es efectivo según Cía (2004) porque provee a los participantes la oportunidad de concretar sucesivos ensayos, facilitando el aprendizaje observacional y el contacto con individuos que tienen preocupaciones y metas similares.

Sumado a esto el sujeto realiza varias sesiones individuales de exposición, donde acompañado por un/a pasante estudiante de la Carrera de Psicología se lo expone a la situación temida específica para lograr que pierda el miedo y pueda habituarse a la misma. De acuerdo con Cía (2004), las técnicas de exposición como tratamiento conductual, son un componente esencial para un tratamiento exitoso frente a diferentes fobias. Tienden a producir una extinción de la respuesta temerosa excesiva.

Las actividades que se realizaron en las exposiciones estuvieron determinadas por la psicóloga tratante, pero con el tiempo se pudo ir realizando algunas sugerencias, producto de los avances o retrocesos observados en el paciente. Estas actividades, se realizaron al aire libre, en distintos puntos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En un principio la consigna era que el paciente preguntara la hora a las personas que transitaban por la calle o que les pidiera indicaciones de como llegar a una dirección específica, luego se le pedía que entrara a locales comerciales (de indumentaria, de instrumentos musicales, además una vinoteca y una óptica, entre otros) o a un hotel o confitería y que solicitara asesoramiento a fin de obtener algún producto, con el previo relato de una historia en torno a ello. Luego la psicóloga tratante dispuso que realizara otras actividades en la calle, como correr y seguidamente preguntar algo o pedir una indicación a alguna persona, estando aún agitado, o que simulara caerse, en algún lugar que fuera muy transitado.

Durante estas actividades se le pedía al paciente (por indicación de la psicóloga tratante) que puntuara del 1 al 10 la ansiedad que le provocaban y él siempre las puntuaba en un nivel bajo, nunca mayor a 5. No obstante, en la mayoría de los encuentros se lo observaba ansioso y las actividades le costaban, muchas veces no las completaba y menos aún, practicaba solo como se le indicaba. También se pudo dilucidar que las actividades le generaban mayor dificultad, cuando tenía que realizarlas con pares y más cuando eran del sexo opuesto.

A medida que se fueron sucediendo las distintas exposiciones, se pudo dar cuenta que el paciente también necesitaba trabajar sobre sus habilidades sociales, dado que lo que mas le preocupaba era poder tener amigos y una novia. Entonces se le propuso a la psicóloga tratante, realizar una actividad en la que el paciente prepara un tema de interés y lo hablara en algún momento de la exposición, como así también que se le hablara y él tuviera que realizar preguntas, a fin de intentar mantener una conversación. Otra actividad que se propuso fue probar una clase de Yoga, la idea era que se involucrara en una actividad distinta a sus actividades habituales, para interactuar con gente que no conociera en un espacio íntimo, puesto que eran clases de cupo muy limitado.

Se pudo observar y el mismo sujeto acordaba, que hablar y mantener una conversación le generaba un elevado monto de ansiedad, a un punto tal que lo paralizaba. Los temas que se le pedían no los preparaba bien o refería que se olvidaba de hacerlo y cuando se le sugería que hablara de algo trivial, de como había sido su día, por ejemplo, no lograba soltarse y sus relatos

eran muy escuetos. Salvo en un encuentro, donde pudo abrirse un poco más y hablar, hasta confesar su preocupación por esta dificultad para conversar de una manera fluida.

Algunas indicaciones que se le hicieron al sujeto fueron, que hablara en un tono más alto, que tratara de sonreír un poco más para verse más amigable, que compartiera como una forma de relacionarse y que practicara las actividades que se realizaban en las exposiciones, cuando estuviera solo. Pero esto último, sumado a que en muchas oportunidades no preparaba temas para hablar como se le pedía, era lo que le generaba mayor dificultad y lo que no le permitía seguir avanzando.

En total se realizaron 12 exposiciones, a lo largo de las cuales se pudieron contemplar fluctuaciones respecto a que, si bien lograba algunos avances también se daban algunos retrocesos. Los avances eran notorios en cuanto a que tomaba en cuenta las indicaciones que se le hacían y las ponía en práctica. Y los retrocesos cuando no cumplía con las tareas ni practicaba los ejercicios, esto llevaba a que no pudiera completar las actividades propuestas en las exposiciones o a que reincidiera en los mismos errores.

6. CONCLUSIÓN

Desde que se decidió tomar este caso de Ansiedad Social para el Trabajo Final de Integración de la Carrera, surgió inmediatamente el interrogante de cómo se habría generado o más aún, cuáles habrían sido los factores que llevaron a que el sujeto participante lo padeciera. Y esto a su vez condujo directamente a pensar en la Teoría del Apego, en cómo una relación desarrollada en la edad temprana, de forma inadecuada, podría ser la base del Trastorno y en este caso la base no segura.

En la construcción del marco teórico, al recabar información sobre el TAS, autores como Alfredo Cía hablan de influencias en la edad temprana, mencionando a la Teoría del Apego, entre otras, pero haciendo hincapié en que lo más probable es que las relaciones sean recíprocas o bidireccionales, configurando una interacción compleja o círculo vicioso que persiste a través del tiempo y es un mantenedor de la ansiedad del niño (Cía, 2004).

Un vez que se comenzó a revisar la bibliografía respecto al Apego, se pudo dilucidar que ésta Teoría de Bowlby fue una teoría de la psicopatología desde un principio, tal y como mencionan Mikulincer y Shaver (2007), explicando por qué y cómo las primeras relaciones tempranas contribuyen a la salud mental y psicopatología. De hecho en sus experiencias de orientación preuniversitaria y la posterior formación en psiquiatría infantil, Bowlby se preguntaba acerca de la etiología de la delincuencia juvenil en general y los "ladrones juveniles", en particular, muchos de los cuales habían sufrido lo que él llamó "la privación materna" de crianza, asumiendo que la explicación de los trastornos del comportamiento radica en parte en la infancia, sobre todo en las relaciones tempranas con los cuidadores primarios.

No obstante, si bien esta Teoría puede sentar las bases para el desarrollo de una psicopatología posterior, no se postula como el único factor y como menciona Marrone (2002), no determina de por sí su aparición sino que para que esto ocurra tienen que agruparse y concatenarse una serie de factores biológicos y socio-ambientales a lo largo del proceso evolutivo.

Al incursionar en el campo de trabajos, investigaciones y estudios respecto a la relación entre el desarrollo de un estilo de apego inseguro y una psicopatología posterior, se pudo encontrar varias investigaciones tendientes a ello. Que si bien en su mayoría marcaban la existencia de dicha relación, no encontraban al desarrollo de un estilo de apego inseguro como una explicación redundante de una psicopatología (Surcinelli, Rossi, Montebanarocci & Baldaro, 2010), ni afirmaban que dicho estilo de apego no se modificara ni permaneciera estable a lo largo del desarrollo evolutivo (Ortiz Barón, Gomez Zapiain & Apodaca, 2002). Y evidenciaban un creciente desarrollo del tema, dando lugar a futuras investigaciones.

En cuanto a la específica relación de un estilo de apego inseguro y el desarrollo de un TAS, se pudieron encontrar algunos trabajos como los de Cunha, Soares y Pinto-Gouveia (2008); Vertue (2003); Eng, Heimberg, Hart, Schneier y Liebowitz (2001); Erozkan (2009) y de Wu y Zhang (2005), que avalaban la presencia de dicha relación pero sin determinar claramente, a que tipo de estilo de apego inseguro se asociaban.

El sujeto participante padece, de acuerdo con la psicóloga tratante, un Trastorno de Ansiedad Social pero también un Trastorno de la Personalidad por Evitación, rasgos esquizoides y distímicos. Es una persona con una clara inhibición social, que evita el contacto con los demás y que tiene dificultades para expresar sus sentimientos y emociones.

Asimismo, presenta un estilo de apego evitativo, como resultado de la evaluación con la Escala de Estilos de Apego. Este estilo concuerda ampliamente con las características que presenta el sujeto en cuanto a la descripción del caso.

Luego de realizar una exhaustiva revisión de la bibliografía y los estudios, trabajos e investigaciones relacionados con la temática planteada, sumado al análisis del caso, con su diagnóstico y resultados obtenidos de las distintas evaluaciones que le fueron realizadas al sujeto en cuestión, se podría avalar la hipótesis de la existencia de una relación entre la presencia de un estilo de apego inseguro y el desarrollo de un Trastorno de Ansiedad Social. Siendo el estilo de apego inseguro, y en este caso de tipo evitativo, una posible base y no un factor único ni determinante.

Por otro lado, el tratamiento que llevaba a cabo el sujeto participante, consta de psicoterapia individual, participación en un grupo terapéutico específico para la patología que padece (TAS) y la asistencia a exposiciones acompañado por pasantes.

Dicho tratamiento es de tipo Cognitivo Comportamental y la psicóloga tratante, trabajó sobre la red social del paciente, haciendo hincapié en la relación con pares del mismo sexo y del sexo opuesto también. Ya que su motivo de consulta se enfocaba en su dificultad (y deseo) de tener amigos y una novia. Pero no se trabajó sobre las causas ya que, el terapeuta examina cómo ocurren los hechos antes de intentar conocer el por qué, lo que deja sin efecto la tarea del análisis de las causas de los fenómenos para poner énfasis en el tratamiento y solución de los problemas. Entonces lo importante pasa a ser la eficacia de una terapéutica y no el descubrimiento de la causa que generó el problema.

Esto generó una fuerte limitación para el presente Trabajo, ya que finalmente no se pudo obtener información alguna sobre la relación del sujeto participante con su madre, ni con su padre, salvo que era tímido. Lo cual tampoco es suficiente como para inferir que éste haya tenido también un

TAS, ya que como señala Cía (2004), ciertos estudios sugieren que los familiares de individuos con este trastorno presentan mayor riesgo de desarrollarlo o de haberlo padecido. Es decir, que no se podría inferir que el padre al tener un TAS, diagnosticado o no, haya sido una influencia para que el sujeto participante lo padeciera.

Un tratamiento cognitivo conductual que contenga una psicoterapia individual, terapia grupal y exposición gradual, es muy efectivo para tratar los Trastornos de Ansiedad. Pero respecto a este caso particular y dadas las características del TAS, se considera que puede ser beneficioso incorporar técnicas con las que se trabaje sobre los motivos que dieron lugar al trastorno para poder elaborarlos en el presente. Y es aquí donde nos estaríamos acercando a un enfoque psicodinámico, lo que concuerda con la Teoría del Apego que es de base psicoanalítica.

Al respecto se puede citar a Fernández Álvarez (1992), quien refiriéndose a una integración en psicoterapia, menciona que no es posible abordar eficazmente a todas las personas que consultan con una única técnica terapéutica, sino que parece ser evidente que una modalidad de trabajo específica para cada caso es la más propicia.

Este autor explica que un enfoque integrador de psicoterapia no se puede realizar aglutinando conceptos ni ensamblando superficialmente distintas técnicas de intervención, sino que es necesario examinar los alcances de las modalidades terapéuticas y estudiar las posibilidades de articulación que pueden establecerse. Y plantea una clasificación biaxial, donde uno de los ejes se relaciona con el tipo de proceso considerado al explicar la génesis y el sostén de los procesos patológicos, es decir una relación entre el enfoque psicodinámico -motivación- y el enfoque conductual -aprendizaje- (Fernández Álvarez, 1992).

Sostener la integración de estos dos enfoques, según Fernández Álvarez (1992), es posible dado que existen numerosas evidencias de que los procesos de aprendizaje y motivación se encuentran inextricablemente ligados en la generación de todos los comportamientos, además que el papel de la historia y de las circunstancias actuales son factores necesariamente complementarios y por último, que las condiciones internas del individuo tienen un papel relevante en la formación de síntomas y que por ende éstos no se reducen a sus manifestaciones exteriores.

Para trabajar sobre el estilo de apego inseguro que presenta el paciente, se considera necesario conformar una relación terapéutica que le aporte la seguridad que no le fue proporcionada por su figura de apego infantil, a fin de reflexionar sobre ese vínculo primario y sus implicancias, desarrollando las herramientas necesarias para construir relaciones más saludables en el presente, que le permitan lograr un mayor grado de intimidad.

Ya que como señalan Mikulincer y Shaver (2007), John Bowlby propuso un modelo de cambio terapéutico basado en ayudar al paciente a entender sus experiencias de apego, identificar y revisar los modelos de trabajo inseguros, transformándolos en modelos más seguros para lograr intimidad y una autonomía flexible.

Este autor propone cinco tareas terapéuticas que contribuyan a la revisión de los modelos de trabajo inseguros y el logro de los resultados terapéuticos positivos. La primera consiste en ofrecer al paciente una base segura desde la que se puede empezar a explorar los recuerdos dolorosos y emociones, defensas de características destructivas, y las creencias y conductas desadaptativas. La segunda tarea es explorar y comprender cómo el paciente se refiere actualmente a otras

personas, sus percepciones, expectativas y temores. La tercera tarea es examinar la relación del paciente con el terapeuta, que es un ejemplo de los modos auto-destructivos que posee para relacionarse con los demás. La cuarta es reflexionar sobre cómo los modelos de trabajo del paciente tienen sus raíces en experiencias infantiles con figuras de apego primarias. Y la quinta tarea consiste en ayudar al paciente a reconocer que a pesar de que sus modelos de trabajo pudieran haber sido adaptativos en su momento, o parecían la mejor alternativa para interactuar con las figuras de apego no óptimas, ya no son funcionales. Finalmente, es a través de este proceso, que el paciente puede mejorar sus habilidades de análisis de la realidad y crear modelos de trabajo más realistas de sí mismo y los demás, en el contexto de las relaciones actuales (Mikulincer & Shaver, 2007).

Todo esto en el marco de una terapia cognitiva, y recopilando lo expuesto por Brarda (2008), se buscaría que el paciente pueda observar que los sentimientos displacenteros son el resultado de un procesamiento cognitivo disfuncional, generando una reestructuración cognitiva para que pueda percatarse del contenido de sus pensamientos y así comenzar a modificarlos. Como terapeuta, trabajar en conjunto con un espíritu de mutua colaboración y responsabilidad compartida en relación a los resultados obtenidos, desarrollando en el paciente capacidades auto-reflexivas mediante la producción de constructos metacognitivos que permitan el diseño de procedimientos de resolución de problemas.

Además, se considera importante introducir un entrenamiento en habilidades sociales al tratamiento que realiza el sujeto. Este entrenamiento comprende el uso de instrucciones, modelado participativo, retroalimentación correctiva, aprendizaje de roles y prácticas en vivo asistidas por el terapeuta. Incluye ejercicios para conversar fluidamente, hablar y expresar los sentimientos, planificar y concretar citas, mejorar la apariencia y soltura físicas, sonreír, comunicar intereses y necesidades, establecer contactos, iniciar la intimidad física, etc. (Cía, 2004).

El entrenamiento en habilidades sociales, fue propuesto y parcialmente realizado en las exposiciones que se hicieron con el sujeto participante. Y se considera de gran importancia no solo para el tratamiento del TAS, sino que específicamente para este caso, donde el objetivo principal y de mayor preocupación para el sujeto, era relacionarse con pares y tener una novia. Aún más importante que exponerse con extraños o hacer el ridículo.

Otra técnica que podría ser beneficiosa para el tratamiento es el Psicodrama, tanto de forma individual como grupal, ya que como menciona Cía (2004), la dramatización o simulación es el procedimiento básico o nuclear para un tratamiento efectivo del TAS, al proveer un ámbito protegido para los afrontamientos o exposiciones.

Ante todo lo expuesto en el presente Trabajo Final de Integración, se considera necesario reflexionar sobre la importancia de la detección temprana de un vínculo de apego no seguro, a fin de poder realizar intervenciones y un tratamiento adecuado evitando daños a largo plazo en la salud, tanto física como mental de estas personas. Como así también, es importante desarrollar tratamientos acordes en adultos con estilos de apego inseguro para poder evitar que formen a su vez vínculos inseguros con sus futuros hijos.

No solo es relevante que esta prevención y promoción de la salud mental se realice en el seno de las familias, sino también en contextos de socialización tan importantes como la escuela, que

pueden ayudar a perpetuar un estilo de apego inseguro. Dado que muchas veces las maestras, en el afán de lo que consideran como integrar a los niños “tímidos”, los obligan a exponerse frente a todos para que puedan vencer su timidez y terminan empeorando su desempeño. Esto fue señalado por una profesional, en una de las reuniones de equipo a las que se pudo asistir . Y como señala Cía (2004) otras influencias en el desarrollo del TAS, se pueden dar en el ámbito escolar o en el grupo de pares mediante el juego, siendo posibles generadores de ansiedad social

Y por último, cabe señalar que después de toda la investigación realizada en cuanto al marco teórico, se pudo evidenciar que el campo del apego esta prácticamente sin desarrollar en la Argentina, no así en otros países donde no solo está mucho más desarrollado, sino que además aplican ésta teoría, no solo al ámbito familiar sino también al académico y laboral, en vías mejorar la calidad de vida de las personas. Por lo que se considera necesario avanzar aquí, en el estudio de las relaciones entre apego y la psicopatología.

7. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2006). BDI-II: Inventario de Depresión de Beck. Buenos Aires: Paidós.

Belloch, A.; Sandín, B. & Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología. Buenos Aires: MacGraw-Hill.

Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P., Bunn, A. & Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Soc. Psychiatry Epidemiology*, 41, 796-805.

Bowlby, J. (1989). Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego. Buenos Aires: Paidós.

Brarda, G. (2008). Del dicho...El vuelo del Águila. En Baringoltz, S. & Levy, R. (Comp.). *Terapia Cognitiva. Del dicho al hecho.* (pp.15 – 25). Buenos Aires: Polemos.

Brenlla, M. E. & Prado, A. (1999). Características Generales del MMPI-2. En Casullo, M. M. (Comp.). *Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral.* (pp. 25 – 262). Buenos Aires: Paidós.

Brenlla, M. E., Diuk, L. W. & Maristany, M. P. (1992). Evaluación de la Personalidad. Aportes del MMPI-2. Buenos Aires: Psicoteca.

Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. P., Dal-Ré, R. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. Recuperado de http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1999/1999_Bobes_Validacion_MedClinicaBCN.pdf

Buck, J. (1995). Manual y Guía de Interpretación de la Técnica de Dibujo H-T-P. México: Manual Moderno.

Bulacio, J. M. (2004). Ansiedad, estrés y práctica clínica: un enfoque moderno, humanista e integral. Buenos Aires: Akadia.

Carrión, O. & Bustamante, G. (2009). Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad. Cómo reconocerlos. Cómo superarlos. Buenos Aires: Galerna.

Cascardo, E. y Resnik, P. (2000). Seguimiento de pacientes con Trastorno de Pánico y Agorafobia mediante la utilización de Escalas de Evaluación. Recuperado de http://centroima.com.ar/download/Editoriales/Utilizacion_de_Escalas_de_Evaluacion.pdf

Casullo, M. M. & Fernández Liporace, M. (2005). Los estilos de apego. Teoría y medición. Buenos Aires: JVE.

Cía, A. H. (2004). Trastorno de Ansiedad Social: manual diagnóstico. Terapéutico y de autoayuda. Buenos Aires: Polemos.

Conti, G., Hansman, C., Heckman, J. J.; Novak, M. F. X., Ruggiero, A. & Suomi, S. J. (2011). Primate evidence on the late health effects of early-life adversity. Recuperado de <http://www.pnas.org/content/109/23/8866>

Cunha, M., Soares, I. & Pinto-Gouveia, J. (2008). The role of individual temperament, family and peers in social anxiety disorder: A controlled study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 631-655.

Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R. & Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: The relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion*, 1 (4), 365-380.

Erozkan, A. (2009). The relationship between attachment styles and social anxiety: an investigation with Turkish university students. *Social Behavior and Personality*, 37 (6), 835-844. Esbjorn, B. H., Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Munk, L. A. & Ollendick, T. H. (2012). The Development of Anxiety Disorders: Considering the Contributions of Attachment and Emotion Regulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 129-143. Feeney, J. & Noller, P. (2001). Apego adulto. Sevilla: Desclée de Brouwer. Fernández Álvarez, H. (1992). Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.

Garibay Rico, S. E. (2002) Mecanismo neurobiológicos del trastorno de ansiedad social. Recuperado el día 13 de mayo de 2011 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14240311>

Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538304>

Hardy, L. T. (2007). Attachment Theory and Reactive Attachment Disorder: Theoretical Perspectives and Treatment Implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20 (1), 27-39.

Kaplan, Harold I. & Sadock, B. (1999). Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Manicavasagar, V., Silove, D., Marnane, C. & Wagner, R. (2009). Adult attachment styles in panic disorder with and without comorbid adult separation anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 167-172.

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

Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2007). Attachment in adulthood: structure, dynamics and change. New York: Gilford Press.

Ortiz Barón, M. J., Gomez Zapiain, J. & Apodaca, P. (2002). Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. *Psicothema*, 14 (2), 469-475.

Rutter, M., Kreppner, J. & Sonuga-Barke, E. (2009). Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (5), 529-543.

Santelices Álvarez, M. P., Guzmán González, M. & Garrido Rojas, L. (2011). Apego y Psicopatología: Estudio comparativo de los estilos de apego en adultos con y sin sintomatología ansioso-depresiva. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921807004>

Sierra, J. C., Zubeidat, I. & Fernández Parra, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal-estar e subjetividade / fortaleza*, 6 (2), 472-517.

Soares, I. & Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770112>

Surcinelli, P., Rossi, N., Montebanocci, O. & Baldaro, B. (2010). Adult attachment styles and psychological disease: examining the mediating role of personality traits. *The Journal of Psychology*, 144 (6), 523-524.

Vertue, F. M. (2003). From Adaptive Emotion to Dysfunction: An Attachment Perspective on Social Anxiety Disorder. *Personality and Social Psychology Review*, 7 (2), 170-191.

West, M. L. & Sheldon-Keller, A. E. (1999). El apego adulto: patrones relacionales y psicoterapia. Valencia: Promolibro.

Wu, W.L. & Zhang, W. (2005). Relationship between the adult attachment styles of social anxiety disorder and its cognitive mode and behavior mode. *Journal of Sichuan University, Medical Science Edition*, 36 (2), 271-300.