



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**RASGOS DE ANSIEDAD SOCIAL  
EN PACIENTES CON PARKINSON Y EPILEPSIA**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**DIANA KARINA QUIROZ GUTIÉRREZ**

**TUTORES:**

**TUTOR PRINCIPAL DR. JUAN JIMÉNEZ FLORES**  
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

**TUTOR ADJUNTO DR. RUBÉN TORRES AGUSTÍN**  
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

**TUTORA EXTERNA DRA. IRIS MARTÍNEZ JUÁREZ**  
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

**JURADO DR. JAVIER RIVERA CONTRERAS**  
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

**JURADO DR. RUBÉN LARA PIÑA**  
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“Lock up your libraries if you like, but there is no gate, no lock, no bolt,  
that you can set upon the freedom of my mind”

Virginia Woolf

“The test of a first-rate intelligence is the ability to hold two opposed ideas in the mind at  
the same time and still retain the ability to function”

Scott Fitzgerald

Para mis padres, Adela y Ricardo por ser la máxima representación de apoyo, confianza, sabiduría y comprensión, por dar todo lo que son, por darme las palabras precisas y asesoramiento oportuno, por seguir cada paso que doy e impulsarme al siguiente, porque cada día hacen todo por darnos lo mejor y vernos crecer. Los amo, gracias por guiarme hasta aquí, ustedes son mi mayor inspiración.

A mis hermanas por su cariño, empatía y confianza, por todo lo que hemos vivido, por hacer de todo esto la mejor experiencia, por darme su apoyo y ejemplo y por demostrarme que siempre estaremos juntas, cuidando una de la otra sin importar las adversidades.

A Ivanna por ser mi nuevo hermoso motivo para ser mejor, por darme una nueva razón para querer hacer todo de la mejor manera posible, porque quiero que tú seas la mejor.

A Diego por tanto cariño, apoyo y comprensión, por estar conmigo en los momentos difíciles y en aquellos en que la dicha nos invade, por compartir conmigo las ganas de ser mejores y hacer la diferencia, por todo lo que siempre haces por mí, no pude pedir mejor persona que tú para compartir este momento.

Para mis amigos, quienes me han acompañado durante mi trayectoria académica en diferentes niveles, gracias por crecer conmigo y darme momentos de aprendizaje tanto académico y profesional como personal. Sé que todos llegaremos lejos.

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por darme la oportunidad de desarrollarme profesional y personalmente, por darme las herramientas y conocimientos necesarios para lograr un cambio favorable en la sociedad.

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por abrirme sus puertas y hacer de mí una persona ética y responsable.

Al Dr. Juan Jiménez Flores, por ser mi parteaguas en la psicología, por instruirme desde las primeras etapas de mi carrera, por enseñarme a diferenciar y reconocer la práctica adecuada del psicólogo y por orientar el rumbo de mi trayecto en la licenciatura.

Al Dr. Rubén Torres Agustín por impulsar mi desarrollo académico en el área de la neuropsicología, por ser un excelente docente y demostrar plenamente sus conocimientos, por su interés e impulso al alumnado. Gracias por todo el apoyo y seguimiento a este proyecto, por confiar en mí y por motivarme a ir por más.

A la Dra, Iris Martínez Juárez, por abrirme las puertas de su espacio laboral para la realización de este proyecto, gracias por la confianza y por permitirme trabajar con sus pacientes.

Al Dr. Rubén Lara Piña por compartir su conocimiento y brindarme su apoyo para la realización de la investigación.

Al Mtro. Javier Rivera Contreras por sus aportaciones, comentarios y observaciones que fueron esenciales para la correcta realización de este trabajo.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
<b>CAPÍTULO I. Trastorno de Ansiedad Social (TAS).....</b>	<b>2</b>
1.1 Ansiedad.....	2
1.2 Modelos explicativos.....	5
1.2.1 Modelos biológicos.....	6
1.2.2 Modelos cognitivos.....	8
1.3 Trastorno de Ansiedad Social.....	10
1.4 Incidencia y prevalencia mundial y en México.....	15
1.5 Comorbilidad.....	16
<b>CAPÍTULO II. Modelos de relación dopamina-ansiedad.....</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO III. Trastornos neurológicos.....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO IV. Trastornos de movimiento.....</b>	<b>24</b>
4.1 Movimiento.....	24
4.2 Trastornos de movimiento.....	25
<b>CAPÍTULO V. Parkinson.....</b>	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO VI. Epilepsia.....</b>	<b>33</b>

**CAPÍTULO VII. Ansiedad social en trastornos neurológicos y de movimiento .37**

**CAPÍTULO VIII. Terapia Cognitivo Conductual (TCC).....42**

**CAPÍTULO IX. Planteamiento del problema.....47**

**CAPITULO X. Método.....49**

**CAPITULO XI. Resultados.....52**

**CAPITULO XII. Discusión.....63**

**Referencias Bibliográficas.....69**

**Anexos**

## RESUMEN

Sobre la evidencia de la comorbilidad entre enfermedades crónico degenerativas y psicopatologías, se evaluó la presencia o posible desarrollo de Trastorno de Ansiedad Social (TAS) en pacientes diagnosticados con Parkinson y Epilepsia, la población tuvo un rango de edad de entre 18 y 39 años, de nacionalidad mexicana y sin tratamiento psicológico en curso.

El TAS fue medido con el Inventario de Ansiedad Social y Fobia Social (Turner, 1989), adaptación de Moral, Antona y García (2012), que evalúa ansiedad social y agorafobia a través de cinco factores: 1) ansiedad en las relaciones con el sexo opuesto y personas en general, 2) falta de asertividad ante autoridades y timidez ante extraños, 3) respuestas cognitivas y fisiológicas en situaciones sociales, 4) evitación/abandono y 5) ansiedad de ejecución; por su parte, se evaluó la Ansiedad como Estado y Rasgo con el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) de Spielberger (1975).

Los resultados demostraron que el 87% de la población total presenta ansiedad social en rango clínico, en la población con Epilepsia lo presenta el 84% y en la población con Parkinson se encuentra en el 100% de la muestra. Asimismo los resultados de la prueba IDARE muestran que el 93% de la muestra total presenta Ansiedad Estado y el 100% ansiedad como rasgo, lo cual concuerdan con la evidencia teórica que sitúa a la ansiedad como uno de los padecimientos más comunes en la población y aquellos que hablan en específico de la prevalencia de la ansiedad social.

Los factores principales que provocan síntomas de ansiedad social en esta población son “respuesta cognitiva y fisiológica”, “asertividad y timidez ante extraños”, “relaciones interpersonales” y “evitación o abandono”. Los resultados dan cuenta del deterioro biopsicosocial en esta población así como la importancia de un tratamiento psicológico aunado al farmacológico en cada una de estas patologías.

*Palabras Clave:* Ansiedad social, Parkinson, Epilepsia, desarrollo biopsicosocial.

# **CAPÍTULO I**

## **TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL**

En este capítulo se define el concepto de ansiedad, sus características patológicas y sintomatología, así como los modelos explicativos según la perspectiva biológica, conductual y cognitiva que la justifican para, posteriormente, explicar a la ansiedad social de manera específica. Se pretende esclarecer sus principales características y sobresaltar el problema biopsicosocial que representa.

### **1.1 ANSIEDAD**

La ansiedad es una respuesta adaptativa del ser humano, pues con ella garantiza su supervivencia (Rovella y Gonzales, 2008). Es una emoción básica y hasta cierto punto, positiva pues ayuda al individuo a la realización de diversas actividades de manera oportuna o a la anticipación de posibles peligros, de este modo, la ansiedad no representa un problema biopsicosocial, sin embargo, esta emoción se vuelve patológica cuando la reacción que provoca no es proporcional al peligro real de la situación que la desencadena, es injustificada o el tiempo de duración sobrepasa lo esperado, es por ello que esta patología funge como la base de la mayoría de todos los trastornos psicológicos pues en ellos se presentan aspectos base de esta (Zinbarg & Barlow, 1991).

Una de las definiciones destacables de la ansiedad la describe como un estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión y temor, y una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo, es una respuesta a aquellas situaciones que son percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real (Spielberger, 1966).

Asimismo, diversos autores mencionaban a la ansiedad como un trastorno psicológico que provoca sentimientos de inseguridad, distinguiéndolo de la angustia que era vista como un trastorno físico que provoca sensación de constricción (Hardy, Hardy & Kerneis, 1985).

Por su parte, Beck propuso un modelo en el que se relaciona a la ansiedad con sesgos cognitivos, por tanto, los individuos con estas patologías poseen esquemas cognitivos desadaptativos que refuerza la vulnerabilidad cognitiva de las afecciones (Guijarro & Cano, 1999).

Actualmente se tiene establecido que los síntomas que caracterizan este padecimiento son: poco control de su preocupación, sensación de estar atrapado, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño (Morrison, 2014). En niños y adolescentes se presenta miedo o preocupaciones y por lo general no reconocen su temor como irracional, tienen quejas somáticas de cefalea, dolor de abdominal, llanto, irritabilidad y enojo (Ospina-Ospina, Hinestrosa-Upegui, Paredes, Guzmán & Granados, 2011).

Comúnmente, quien padece ansiedad percibe determinados sucesos aversivos como incontrolables e impredecibles, lo cual desencadena una serie de reacciones psicofisiológicas inadecuadas que pueden presentarse ante varias circunstancias, ya sea ante un peligro real o ausente, incluso imaginario (Ospina-Ospina, Hinestrosa-Upegui, Paredes, Guzmán & Granados, 2011), por ello se consideran tres aspectos fundamentales para su presencia: la amplificación peyorativa, referente a la exageración de las perspectivas pesimistas; la espera del peligro futuro que tiene que ver con el miedo a morir, al dolor o a que algo malo suceda y por último, el desasosiego o intranquilidad (Sarudiansky, 2013).

La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo, entonces el miedo es la valoración del peligro y la ansiedad es el de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo, es decir, es una respuesta subjetiva ante el peligro percibido (Beck & Clark, 2012). Esta psicopatología incluye otros factores cognitivos además del miedo como lo es adversidad percibida, la incontrolabilidad, la incertidumbre, la vulnerabilidad (indefensión) y la incapacidad para obtener los resultados esperados (Barlow, 2002).

Para determinar a la ansiedad, la preocupación excesiva (anticipación aprensiva) se debe producir durante más días los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades; la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo deterioro en lo social, laboral u otras áreas

importantes del funcionamiento; la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, otra afección médica o trastorno mental.

Se estima que el trastorno de ansiedad es uno de los padecimientos mentales más comunes pues tiene una prevalencia entre la población general de alrededor del 3% y entre el 5-7% (Revista de la Facultad de Medicina, 2013).

Los trastornos de ansiedad se distinguen entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados.

Dentro de los trastornos de ansiedad se encuentran: trastorno de ansiedad por separación, que se manifiesta ante la posible pérdida o separación de alguna persona a la que el individuo está sumamente apegada o incluso ante la posibilidad de que la persona con la que se está vinculada pueda sufrir posibles daños; el mutismo selectivo se refiere a la incapacidad de hablar con cierto grupo de personas o en situaciones sociales en las que se espera que el individuo hable, a pesar de que él hable en otras situaciones o con otras personas.

El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica se denota únicamente cuando los síntomas de ansiedad son consecuencia fisiológica de la enfermedad médica, además, para diagnosticar este tipo de patología se debe asegurar que la ansiedad no sea consecuencia de otra psicopatología, por ejemplo, un trastorno adaptativo, por otro lado, debe existir la presencia de asociación temporal entre la patología médica y la psicopatología, es decir, haber iniciado o haberse exacerbado de manera conjunta.

La fobia específica se caracteriza por miedo y evitación ante determinadas situaciones u objetos, algunos tipos de fobias específicas son a animales, entorno natural o sangre-inyecciones-heridas; en el trastorno de pánico, el individuo experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico caracterizadas por síntomas de miedo y malestar intensos acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos.

La agorafobia se caracteriza por que el individuo muestra ansiedad al estar en lugares públicos, espacios abiertos (como el bosque o campos), lugares cerrados o entre una gran multitud debido a que escapar sería difícil o no se podría disponer de ayuda.

El trastorno de ansiedad generalizada sucede cuando el individuo presenta ansiedad excesiva y preocupación sobre varios aspectos de su vida que cree poco posibles de controlar; el trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos se produce por la intoxicación o retirada de tratamientos médicos y por último, el trastorno de ansiedad social o fobia social caracterizado por miedo, ansiedad y evitación a situaciones sociales en las que el individuo pueda ser observado o examinado, en esta patología existe un temor persistente a ser evaluado negativamente, avergonzado, humillado o rechazado por terceros (Morrison, 2014).

De esta forma, se puede atender el hecho de que la ansiedad, cuando se manifiesta de forma excesiva y desproporcional a la realidad afecta de manera significativa la esfera biopsicosocial del individuo independientemente del objeto, situación o hecho que la provoque. Para entender y estudiar de manera adecuada a este fenómeno, se debe conocer en primera instancia las explicaciones de su origen como psicopatología y su origen particular en el individuo afectado.

## **1.2 MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ANSIEDAD**

Existen diversos modelos teóricos para explicar la ansiedad; se entiende como modelo a la manera en que un fenómeno es explicado de forma sistemática, se utilizan para describir y explicar la realidad y sus partes con el objetivo de predecirla (Piña, Ybarra, Alcalá & Samaniego, 2010). Dentro de este apartado se consideran en particular los modelos biológicos, que hacen referencia a la bioquímica o fisiología de la ansiedad, y a los modelos cognitivos, los cuales sustentan la importancia de la implicación de los procesos perceptuales y cognitivos en el desarrollo de la psicopatología.

### **1.2.1 Modelos Biológicos**

Los modelos biológicos sustentan que todo comportamiento anormal tiene un origen bioquímico, fisiológico o genético. Acerca de esto, el sistema límbico se ha definido como la estructura cerebral responsable de las acciones de lucha o huida y las emociones, este sistema está constituido como un puente de comunicación entre las respuestas autonómicas y conductuales a los cambios del entorno.

Dentro de las estructuras neuroanatómicas ligadas directamente a la ansiedad se encuentra el tálamo que envía información sensorial a la corteza cerebral, el núcleo dorsal medio de éste se encarga de la cognición, aprendizaje y memoria además del control de las emociones, debido a su alta concentración de receptores de dopamina (Clark, Boutros & Méndez, 2010).

Por otro lado, el Hipotálamo funciona como controlador del sistema nervioso autónomo pues coordina las respuestas conductuales para asegurar la homeostasis del organismo, integra la respuesta autónoma y la función endocrina con el comportamiento, además controla las respuestas físicas e inmunitarias al estrés mediante la regulación del flujo sanguíneo a los músculos y a otros tejidos, así como la secreción de hormonas suprarrenales (Kandel, Schwartz & Jessell, 2001).

Los componentes del subsistema de la amígdala se encuentran vinculados al procesamiento de la información emocional (Jodar, Redolar, Blázquez, González, Muñoz, Periañez & Viejo, 2013). Localizada en el lóbulo temporal medial, la amígdala regula las reacciones de alarma, involucradas en el miedo y la ansiedad pues se encarga de enviar información al hipotálamo y al tronco del encéfalo con el fin de activar los tres componentes básicos de una emoción (conductual, autonómico y endocrino) como respuesta a diversas situaciones. A su vez la amígdala recibe información del tálamo y la corteza sensorial.

El locus ceruleus está encargado activar el estado de alerta, por ello es primordial su participación en las respuestas de ansiedad ante estímulos que el sujeto percibe como amenazantes, asimismo, las neuronas de esta estructura se activan por estimulación directa

de algunas fibras sensitivas de los nervios periféricos, relacionadas con estímulos dolorosos, temperatura y/o mecanorecepción de bajo umbral, que incrementan la atención y el estado de alerta (Gómez, 2014).

Por último, la corteza orbitofrontal recibe la entrada de la corteza de asociación temporal, amígdala e hipotálamo, por tanto, es el centro de integración para el procesamiento emocional. Esta estructura está plenamente relacionada con la percepción de las emociones propias y de los demás, además, es responsable de la adquisición de conductas apropiadas e inhibición de comportamientos inapropiados sobre la base de las contingencias de recompensa (Clark, 2010).

Por su parte, los estudios en neuroimagen han demostrado que existe un aumento significativo de flujo sanguíneo en la región occipital en pacientes con ansiedad. En el caso de pacientes con Fobia Específica, se comprobó el aumento en el nivel sanguíneo hacia la corteza visual secundaria después de mostrarles el estímulo aversivo (Clark, Boutros & Méndez, 2012) lo cual se relaciona con una disminución en el flujo sanguíneo en las áreas prefrontales, entonces, según los autores “el aumento en la actividad muestra una función de vigilancia dirigida hacia el exterior. El área visual secundaria posiblemente asuma el control de las áreas límbicas durante las reacciones de defensa visualmente provocadas” (Fredrikson et al, 1997 como se citó en Clark, Boutros & Méndez, 2012).

Aunque es innegable la importancia del papel biológico dentro del desarrollo de psicopatologías como la ansiedad, estos modelos han recibido críticas que argumenta que no todos los individuos poseen la misma vulnerabilidad genética para el desarrollo y mantenimiento de trastornos como la ansiedad o que en determinados síntomas no sólo intervienen estas variables, es por ello que los modelos cognitivos complementan estas explicaciones ofreciendo un amplio panorama de los procesos mentales que se relacionan con el desarrollo de la ansiedad.

### 1.2.2 Modelos Cognitivos

Los modelos cognitivos pretenden dar explicación a diversos fenómenos tomando en consideración los procesos perceptuales, intelectuales, pensamientos y conductas del individuo en el momento en el que este trata de analizar o interpretar su medio.

En general, los modelos cognitivos de la ansiedad destacan el papel de la percepción del individuo ante las situaciones que considera estresantes, la evidente falta de regulación emocional, preocupaciones excesivas e injustificadas ante las situaciones y las ideas distorsionadas que los sujetos tienen acerca de la realidad.

El modelo cognitivo de la valoración de Lazarus y Folkman creado en 1986 establece que la situación estresante primero es sometida a un proceso de evaluación en la que el individuo considera las implicaciones que dicha situación tiene para él, así, si el resultado de la evaluación representa cualquier tipo de amenaza se inicia la reacción de ansiedad, (Guijarro & Cano, 1999) es decir, si el sujeto considera que no los recursos con los que cuenta para enfrentar determinada situación no son suficientes, la considera un peligro para su bienestar, entonces la evaluación cognitiva y emocional del sujeto es primordial para el desarrollo de la ansiedad. Asimismo, el sujeto puede realizar esfuerzos cognitivos y conductuales ante las situaciones estresantes que se despliegan a partir de su propia experiencia con estas situaciones, estos esfuerzos son denominados “estrategias de afrontamiento”.

Por otro lado, el Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (MII) destaca el papel de la Intolerancia a la Incertidumbre (II) en el desarrollo y el mantenimiento de la ansiedad asegurando que los individuos perciben las situaciones de incertidumbre o ambigüedad como estresantes y molestas a lo cual reacciona con preocupación crónica y la falsa creencia de que este estado les será de ayuda para afrontar o evitar que las situaciones temidas sucedan. Así, la II produce preocupación, orientación negativa al problema, evitación cognitiva.

El Modelo Metacognitivo (MMC) de Wells postula que las personas con ansiedad experimentan dos tipos de preocupación. La Preocupación Tipo 1 sucede cuando los individuos se generan creencias positivas al enfrentarse a una situación que les provoca ansiedad, es decir, creen que preocuparse por la situación los ayudará a hacer frente a ella,

entonces, la ansiedad se reduce o aumenta en función de si el problema que ha estimulado la preocupación se ha resuelto o no.

Posterior a ello, los individuos comienzan a temer que la preocupación inicial sea incontrolable o peligrosa y que la situación desencadenante no se pueda resolver, a este proceso conocido como meta-preocupación es la Preocupación Tipo 2.

El Modelo de Desregulación de la Emoción explica la ansiedad a través de cuatro componentes, el primero es que los individuos con ansiedad experimentan una hiperexcitación emocional más alta que los sujetos sanos. En segundo lugar, quienes padecen ansiedad tienen incapacidad o una capacidad reducida para comprender sus emociones; el tercero afirma que los afectados tienen actitudes negativas acerca de las emociones y por último, existe una regulación emocional desadaptativa y malas estrategias de afrontamiento (Behar, Dobrow, Hekler, Mohlman & Staples, 2011).

Algunos modelos cognitivos actuales establecen que la ansiedad es resultado de una serie de sesgos cognitivos, que son tendencias a interpretar situaciones de cierta manera, cuando estos sesgos son exagerados o erróneos pueden producir ansiedad (Guijarro & Cano, 1999), normalmente los sesgos cognitivos son involuntarios e inconscientes, al tener esta naturaleza, las reacciones negativas que se desencadenan suelen ser asociadas directamente a la situación y no al pensamiento que las provocan.

Dentro de los sesgos cognitivos más comunes se encuentra el sesgo de cierre prematuro que se refiere a la tendencia a llegar a conclusiones precipitadas sin haber evaluado una situación o las evidencias de ella detenidamente; el sesgo de satisfacción de búsqueda que sucede cuando se deja de buscar más soluciones o explicaciones a un suceso porque ya se ha encontrado una que pueda ser funcional a la situación; el sesgo de confirmación que se refiere a la idea de sólo aceptar la evidencia que confirme la creencia de la persona y rechazar o no buscar alguna que la rechace; el sesgo de exceso de confianza que sucede cuando el individuo cree que sabe más de lo que en realidad conoce de la situación y por tanto llega a una conclusión incorrecta; otro sesgo bastante común es el anclaje que se refiere al aferrarnos

únicamente a la información inicial que tenemos de un suceso y crear una conclusión acerca de este sin considerar la información que puede presentarse después (Peña, 2012). Por tanto, los modelos cognitivos sustentan que estas fallas en el procesamiento de la información son un factor primordial de vulnerabilidad para el posterior desarrollo del trastorno psicológico, como ansiedad (Duque, López-Gómez, Blanco, & Vázquez, 2015).

En el caso de los modelos cognitivos de la ansiedad social, las personas con este padecimiento interpretan las situaciones sociales ambiguas como amenazantes y negativas, además minimizan y restan valor a sí mismos y a las actividades que realizan y desestiman la valoración positiva de otros (Jiménez-López & Jurado 2014).

De esta manera, se logra identificar que el desarrollo de la ansiedad no sólo depende de un factor en la vida del individuo, sino que es un conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales (biopsicosociales) lo que la desencadenan. Para entender el impacto de esta patología es necesario entonces, tener un panorama completo de cada esfera considerando las repercusiones de una en otra. La percepción inicial de la persona ante el suceso desencadenante determinará la manera en la que este reaccione a él, así, si se logra identificar el sesgo o pensamiento distorsionado podría modificarse la respuesta cognitiva y conductual del individuo, logrando evitar las respuestas físicas y biológicas propias de esta psicopatología.

### **1.3 TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL**

Dentro de este capítulo se explica de manera específica la ansiedad social desde una perspectiva biopsicosocial, destacando cómo afecta a quien la padece y la explicación de su origen así como la sintomatología particular de esta clasificación.

El Trastorno de Ansiedad Social (TAS) se define como un temor duradero y persistente a una o más situaciones sociales en las que la persona que lo padece debe interactuar o ser observada (Morrison, 2014). Se puede considerar una característica normal e incluso es de gran ayuda para el sujeto pues es una motivación adaptativa que le permite comportarse de

manera adecuada ante situaciones y relaciones nuevas o conocidas, no obstante, se vuelve patológico cuando esta ansiedad es excesiva, intensa y no es proporcional a las situaciones que se están llevando a cabo (Echeburúa, 1998).

Existen cinco criterios que suelen ser utilizados para distinguir entre estados normales y anormales de la ansiedad según la perspectiva cognitiva, el primero de ellos es la Cognición Disfuncional que sustenta que la ansiedad anormal derivan de una asunción falsa que implica la valoración errónea de peligro en una situación que no se confirma mediante la observación directa, la activación de creencias disfuncionales (esquemas) sobre la amenaza y de los errores en el procesamiento cognitivo provoca un miedo notable y excesivo que es incoherente con la realidad objetiva de la situación.

El segundo es el Deterioro del Funcionamiento, el cual postula que la ansiedad clínica interfiere directamente con el manejo efectivo y adaptativo ante la amenaza percibida.

Por otro lado, el tercer punto es la Persistencia se refiere a que, en los estados clínicos, la ansiedad prevalece mucho después de lo que podría esperarse en condiciones normales; la persona con ansiedad clínica puede sentir una sensación aumentada de aprensión subjetiva con sólo pensar en una amenaza potencial inminente, independientemente de que llegue o no a materializarse.

El cuarto punto corresponde a las Falsas Alarmas definidas como miedo o pánico visible que ocurre en ausencia de un estímulo amenazante. Por último, la Hipersuceptibilidad a los Estímulos se refiere a que, en los estados clínicos, el miedo es provocado por diversos estímulos o situaciones en las que la intensidad de la amenaza es relativamente leve y que podrían percibirse como inocuas por los otros (Beck & Clark, 2012).

Así, la especificación de Trastorno de Ansiedad Social se asigna cuando el temor es presentado en todas o la mayoría de las situaciones sociales que vive el sujeto, además, el malestar se manifiesta al pensar en la posibilidad de que estas situaciones resulten vergonzosas y que terceras personas califiquen a la persona que la padece como débil o torpe, es decir, los pacientes con ansiedad social presentan hipersuceptibilidad a la crítica, a la valoración negativa y al rechazo.

Entre los criterios para su diagnóstico se encuentran: la situación provoca casi de manera inmediata ansiedad, los adolescentes y adultos suelen reconocer que su temor es irracional, aunque las situaciones sociales representan un motivo de evitación, en ciertos casos suelen soportarse experimentando malestar en demasía, el diagnóstico de esta enfermedad se realiza solo si la evitación o malestar sean motivo de deterioro biológico, psicológico o social para el paciente y que los síntomas hayan sido presentados por al menos 6 meses (Morrison, 2014).

Los síntomas manifestados por quienes padecen esta psicopatología se clasifican en psicofisiológicos, conductuales y cognitivos: dentro de los primeros se encuentran síntomas visibles que son, por lo tanto, observables para los demás, por ejemplo sudoración, taquicardia, temblores, y ruboración facial. Los síntomas conductuales más comunes son escape y evitación, aunque esta última suele ser sutil y presentarse más como un comportamiento pasivo en situaciones sociales; se encuentra también evitar contacto visual, evitar iniciativas y quedarse en silencio o quieto. Dentro de la última categoría se presenta el miedo a la evaluación negativa, crítica o desaprobación.

El miedo a la evaluación negativa se refiere a la angustia debido a la expectativa de una evaluación desfavorable de otros acerca de la apariencia del sujeto o de su desempeño social y se le considera una de las características primordiales para el desarrollo y mantenimiento del TAS (Kocijan & Harris, 2016).

Acerca de los modelos explicativos de esta patología, se sustenta que por cuestión de adaptación biológica todos los seres humanos son susceptibles a la crítica y al rechazo o desaprobación social, sin embargo, no todos ellos desarrollan ansiedad social, es decir que para que esta se manifiesta, el individuo debe ser biológica y psicológicamente vulnerable a la denominada “aprehensión ansiosa” o expectativa aprehensiva hacia el futuro.

Asimismo, se proponen tres factores que podrían provocar que un individuo presente ansiedad social, el primero de ellos es la ya mencionada vulnerabilidad biopsicológica y/o

una tendencia a ser socialmente inhibido; el segundo factor es provocado cuando el individuo se encuentra bajo gran presión, lo cual provoca un “ataque de pánico” (falsa alarma) inesperado ante una situación social, por lo tanto, el individuo comienza a desarrollar ansiedad social por el temor a tener más “ataques” en esa misma situación o estar de nuevo en una situación similar; por último, la persona puede experimentar un suceso social aversivo (alarma real) provocando una ansiedad condicionada a las mismas condiciones o a condiciones similares. En los dos últimos casos queda entonces definida esta “alarma” por un suceso real o falso que funge como incitador de la ansiedad social (Barlow, 2003).

Otro modelo sustenta que la ansiedad social sucede en dos fases, la primera sucede cuando el sujeto está por entrar en una situación social temida y la segunda fase explica lo que sucede antes y después de que el sujeto estuvo en ella.

El primer factor dentro de la fase uno es el Procesamiento de la Situación Social en el que se explica que las personas con esta patología crean o desarrollan una serie de creencias acerca de sí mismos y de su entorno, éstas se catalogan en tres rubros, normas excesivamente altas o difícilmente alcanzables (como estándares de perfección y cero errores), creencias acerca de las consecuencias de cada acción que el sujeto realice y creencias negativas incondicionales acerca de sí mismo.

El segundo punto es el Procesamiento de sí mismo como Objeto Social, en el cual se tiene como principales variables el foco de atención y el procesamiento negativo de sí mismo, así, las personas con ansiedad social creen que están siendo evaluados negativamente y por ello enfocan su atención hacia una observación y monitoreo detallado de sí mismos, así, luego de este automonitoreo infieren cómo se están mostrando a los demás y qué percepción tienen los otros de ellos, comúnmente ese automonitoreo es distorsionado y negativo y se tiene entonces que la evidencia de su miedo es autogenerada.

El tercer factor son las Conductas de Seguridad que refiere que quienes padecen esta patología suelen desarrollar determinados comportamientos o pensamientos preventivos de los sucesos temidos, entonces, si el suceso aversivo no se presenta, el sujeto asume que no

pasó por las conductas de seguridad preventivas que tomó el lugar de reconocer que la situación no era tan peligrosa como él pensaba.

El siguiente punto se refiere a los Síntomas Fisiológicos y Cognitivos en el que se postula que quienes padecen ansiedad social suelen mostrarse hipervigilantes ante cualquier síntoma que muestren de ansiedad, lo cual a su vez propicia que estos se manifiesten de mayor manera.

Como último peldaño dentro de esta fase se encuentra el Procesamiento de las Señales Sociales en el cual se explica que la autoimagen distorsionada y negativa del sujeto se forma a través de lo que él cree que los demás perciben de él a través de la atención focalizada sobre sí mismo y el uso de la información interna, así, el sujeto se basa y recuerda de mejor manera las respuestas de otros interpretadas como desaprobatorias.

Así, la segunda fase se basa en el procesamiento antes y después de la situación social, como se revisó, los fóbicos suelen analizar la situación social antes de entrar a ella destacando todo lo que podría salir mal, lo cual desencadena en que se evite entrar en la situación o que el sujeto participe en ella con un gran malestar inmerso en autofocalización en cualquier error que pueda cometer y así pasa desapercibida cualquier señal aprobatoria de las personas a su alrededor (Clark & Wells, 2001).

Por último, otro de los modelos explicativos fue propuesto en 1997 por Rapee y Hepimberg quienes postularon a la ansiedad social como parte media de un continuo que incluye en primera instancia a la timidez y en la última al trastorno de personalidad por evitación, así, las personas inmersas en este continuo creen que el resto de las personas son demasiado críticos y que los valoran de manera negativa, por ello activan una serie de procesos que pueden tener lugar antes, durante o después de la situación social, entonces, cuando el individuo se siente ansioso, forma una representación mental de su apariencia y su conducta de acuerdo a lo que él cree que están pensando los demás de él; dicha representación se forma basándose en su memoria a largo plazo, que incluye recuerdos de situaciones similares, señales internas como síntomas fisiológicos y señales externas que son la reacciones de los

demás. De este modo el individuo valora si la actuación que está realizando es suficientemente buena para los demás, por el contrario, si considera que su actuación está por debajo del estándar esperado espera una evaluación negativa que comienza a desencadenar los síntomas propios de esta patología (Padrós, 2014).

De este apartado se concluye entonces que, si bien el aspecto biopsicológico presenta un deterioro significativo en el sujeto quien la padece, el área social suele mostrar mayor afectación debido a la manifestación de la sintomatología en situaciones en las que el individuo debería desarrollarse y adaptarse de manera adecuada. Es esencial conocer las características psicopatológicas de la población que presenta estos síntomas para así ejercer el plan de acción que puede llevarse a cabo con cada una de ellas.

#### **1.4 INCIDENCIA Y PREVALENCIA MUNDIAL Y EN MÉXICO DE LA ANSIEDAD**

Se conoce que la ansiedad es uno de los padecimientos que más aqueja a la población y es uno de los principales factores que afectan la productividad y capacidad de trabajo; la cifra de personas que a nivel mundial padecen esta afección supera los 260 millones (Organización Mundial de la Salud, 2017). Asimismo se estima que esta y otras psicopatologías como la depresión se encuentran en aumento pues entre 1990 y 2013 el número de personas con estos trastornos ha aumentado cerca de un 50% (OMS, 2016).

En México, la Encuesta de Salud Mental de Adolescentes de la Ciudad (Benjet et al., 2009), ubica a la ansiedad social en el segundo lugar entre los diagnósticos de mayor frecuencia en la adolescencia, después de las fobias específicas, con prevalencia de 10% para el sexo masculino y 12.5% para el femenino (Jiménez-López & Jurado, 2014).

Acerca de esto, se conoce que los adolescentes suelen presentar tasas más altas de ansiedad y que también es más frecuente en las mujeres, en las personas que tienen poco acceso a la educación y en personas con un nivel socioeconómico más bajo. Por otro lado, se relaciona

a la ansiedad con un logro educativo bajo, empleo inestable y mayor frecuencia de absentismo laboral (Ghazwani, Khalil & Ahmed, 2016).

## 1.5 COMORBILIDAD

A pesar de que la ansiedad suele desarrollarse en el individuo deteriorando su comportamiento en el aspecto biopsicosocial, se conoce que este trastorno puede presentarse de manera conjunta con otras psicopatologías, afectándolo de mayor manera.

Diversos estudios sugieren que existen altas tasas de comorbilidad entre la ansiedad social y trastornos como desorden bipolar, trastornos alimenticios, trastornos del estado de ánimo y trastornos por abuso de sustancias (Stein, 2006; Wittchen, 2004 como se cita en Ghazwani, Khalil & Ahmed, 2016). Incluso el padecimiento de un trastorno de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, aumenta significativamente la probabilidad de padecer también uno o más trastornos adicionales de ansiedad, como el TAS (Beck & Clark, 2012).

Asimismo, la ansiedad se encuentra frecuentemente comórbida con la depresión mayor, de hecho se conoce que la presencia de este trastorno en personas sin depresión, en la línea base, se ha asociado con un incremento de la probabilidad de aparición del trastorno depresivo durante el periodo de seguimiento (Zubeidat, Fernández, Sierra & Salinas, 2008). Se ha demostrado que los adolescentes que solían padecer trastornos de ansiedad social presentan una alta probabilidad de padecer los mismos en la madurez.

Algunas investigaciones sustentan que otra de las causas de aparición de ansiedad y sus subtipos, como lo es el TAS, pueden ser los trastornos de movimiento (Forjaz, Ayala, Martínez-Martin, Dujardin & Pontone, 2014; Leentjens, Dujardin, Pontone, Starkstein & Weintraub, 2014; Kummer, Cardoso & Teixeira, 2008; Nadeeka, White, O'Sullivan & Marsh, 2009). Esto además se justifica gracias a diversos modelos que explican la relación entre decremento de dopamina, causante de algunos de estos trastornos de movimiento, y ansiedad social.

La importancia de conocer las características y sintomatología de la ansiedad y ansiedad social radica en la necesidad que existe de obtener un diagnóstico oportuno el cual pueda dar lugar un tratamiento psicológico adecuado; se conoce que al desapercibir estas psicopatologías existe una alta posibilidad de que se desarrollen otras en conjunto; de la misma forma, durante el curso de algunas enfermedades médicas, en particular aquellas de condición crónico degenerativa, pueden originarse problemas psicológicos siendo los más comunes la ansiedad y depresión.

## **CAPÍTULO II**

### **MODELOS DE RELACIÓN DOPAMINA-ANSIEDAD**

En este capítulo se muestra la relación que existe entre el trastorno de ansiedad y el neurotransmisor denominado dopamina, debido a que este último no sólo funge como regulador emocional en los individuos, sino que también juega un papel primordial en diversas patologías, como es el caso del Parkinson ya que se conoce que la carencia del neurotransmisor propicia la aparición de esta patología médica, del mismo modo, un bajo nivel de dopamina puede ser indicador de psicopatologías, como la ansiedad.

La dopamina es un neurotransmisor producido naturalmente por el cerebro, se libera principalmente de la sustancia negra, el estriado y la corteza prefrontal, se encarga de proveer al individuo de sentimiento de bienestar, refuerzo y motivación (Castro-Sierra, Ponce de León & Portugal, 2005), así como contralar funciones emocionales, cognitivas y motoras (Díaz, Mena & Gómez, 2002).

Este neurotransmisor forma parte de la familia de las “aminas biógenas” las cuales están implicadas en numerosos comportamientos homeostáticos y cognitivos de los humanos, por tanto su afección se relaciona con la mayoría de los trastornos psicológicos. Hablando específicamente de la ansiedad, se conoce que los fármacos que actúan contrarrestando esta patología actúan directamente en la transmisión aminérgica (Purves, Augustine, Fitzpatrick, Hall, Lamantia, Mcnamara & Williams, 2007).

Con respecto a esto, se han realizado diversos estudios animales para corroborar la relación de la baja de dopamina en el comportamiento de los sujetos con ansiedad, uno de ellos es el llamado “modelo de subordinación al estrés” muestra que cuando existe disfunción serotoninérgica y dopaminérgica, (actividad serotoninérgica central reducida, disminución en la sensibilidad de los receptores post-sinápticos de la dopamina) se puede observar un comportamiento de aislamiento y temor respecto al resto del grupo debido a la neurotransmisión dopaminérgica anormal.

Asimismo, el modelo variable forraje-demanda sugiere un enlace funcional entre los niveles del factor liberador de corticotropina (FLC) y los sistemas serotoninérgicos y dopaminérgicos (disfunción) por lo cual se muestra aumento en los niveles de timidez social, como subordinación o evitación de encuentros con otros sujetos y disminución de agrupamiento. Gracias a este modelo se puede concluir que los estresores ambientales tempranos pueden definir la conducta y neurobiología de un sujeto hacia rasgos de ansiedad social.

Por último, estudios de neuroimagen han demostrado que existe daño en la función dopaminérgica, es decir, existe un déficit dopaminérgico del trastorno de ansiedad social, asimismo, la tomografía por emisión de positrones con pacientes con esta psicopatología ha mostrado una deficiencia en la inervación dopaminérgica al estriado, además de una disminución de densidad en los sitios de recaptación de dopamina, reducción de sinapsis, disminución en la unión de transportadores de dopamina y por tanto, un incremento en los niveles de dopamina libres y variación en el nivel de dopamina endógena (Garibay, 2002).

Gracias a estos estudios se logra esclarecer la relación inversamente proporcional entre la dopamina y la ansiedad, más específicamente, en la ansiedad social. De igual manera, se conoce el papel de este neurotransmisor en el desarrollo y curso de algunas patologías de origen médico como lo es el Parkinson ya que se ha demostrado que la concentración del transportador de dopamina disminuye cuando existe pérdida neuronal en la sustancia negra lo que desencadena sintomatología neurológica, parámetro de alta importancia en el diagnóstico de esta enfermedad (Díaz et. al, 2002). Asimismo, se ha atribuido variaciones en las amplitudes y latitudes de ondas P y N en pacientes con Epilepsia, esto debido a alteraciones en algunos neurotransmisores, entre ellos, la dopamina (Baez, 2011).

Algunas investigaciones han reportado que pacientes que padecen algún trastorno de movimiento suelen desarrollar psicopatologías como consecuencia de ello siendo las más comunes la depresión y la ansiedad (Gultekin, Ozdilek, & Bestepe, 2014; Miller, 2007).

El papel del psicólogo como profesional de la salud interviene no sólo en sus funciones generalmente conocidas, sino que tiene una tarea fundamental durante el curso de las enfermedades médicas con el fin de evitar que de ellas se desencadenen psicopatologías que pueden provocar que la enfermedad se agrave de manera significativa y con ello, la calidad de vida del sujeto.

## **CAPÍTULO III**

### **TRASTORNOS NEUROLÓGICOS**

En este apartado se realiza un bosquejo de los padecimientos neurológicos con mayor prevalencia en la población mundial, haciendo hincapié en su etiología, curso y sintomatología así como la repercusión biopsicosocial que puede presentar quien la padece.

Los trastornos neurológicos son afecciones en el sistema nervioso central y periférico, aunque las causas son múltiples, algunas bacterias (tuberculosis), enfermedades virales (VIH), hongos (*Cryptococcus*) y parásitos (malaria) están fuertemente vinculados con su aparición. Se estima que los trastornos neurológicos son una de las principales causas de muerte alrededor del mundo, más de 6 millones de personas mueren por un accidente cerebrovascular por año y más del 80% de estas muertes suceden en países de bajos ingresos. En 2015 los trastornos neurológicos representaron el 11.84% de las muertes totales a nivel mundial y se estima que para 2030 este porcentaje sea de 12.22% (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Las enfermedades más comunes englobadas dentro de los trastornos neurológicos incluyen las demencias, epilepsia, trastornos cefálicos, esclerosis múltiple, infecciones, trastornos neurológicos relacionados con mala alimentación, Parkinson, derrames cerebrales y traumatismos craneoencefálicos.

La demencia es un padecimiento de naturaleza crónica o progresiva en el que existe perturbación en las funciones corticales como memoria, pensamiento, orientación, comprensión, aprendizaje, lenguaje o juicio afectando comúnmente a los adultos mayores ya que sólo el 2% de los casos suceden antes de los 65 años. Dentro de las demencias se incluye el Alzheimer y la Demencia Vascular (DV), en el caso del Alzheimer y de la mayoría de las patologías de la demencia la causa más común es el componente genético, sin embargo, diversos estudios en gemelos demuestran que el factor ambiental funge como desencadenante de este, siendo lo más destacable los bajos niveles educativos de quien lo padece y traumatismos craneoencefálicos, asimismo, padecer una enfermedad vascular hace más

propicio el desarrollo de Alzheimer y DV, al igual que haber tenido hipotensión, haber sido fumador o haber presentado altos niveles de colesterol.

La epilepsia es una patología comúnmente caracterizada por “convulsiones” provocadas por descargas eléctricas cerebrales, sin embargo, existen varios tipos de epilepsia y convulsiones y por tanto es difícil establecer un curso esperado de la enfermedad, cuyo pronóstico depende del tipo de convulsión y causa subyacente. Este trastorno es uno de los más comunes en todo el mundo, el cual no afecta a un solo sector de población en específico.

Los trastornos cefálicos se caracterizan por intensos dolores de cabeza de larga duración, este dolor de cabeza se presenta en realidad como un síntoma de otras patologías; esta es la más común de las afecciones del sistema nervioso, sin embargo, siguen siendo insuficientemente reconocidas y quienes lo padecen no suelen recibir el tratamiento adecuado. Estos trastornos suelen clasificarse en primarios, secundarios y neuralgias, en función de su gravedad; dentro de la primera categoría destaca la migraña que de causa fundamentalmente hereditaria, aunque los factores ambientales afectan en la manera en que se padece, este sucede cuando en el cerebro se liberan sustancias inflamatorias que producen dolor alrededor de los nervios y vasos sanguíneos de la cabeza. Dentro de la segunda categoría se encuentran las cefaleas atribuidas a traumatismo craneoencefálico, atribuidas a sustancias o a su retirada, atribuidas a infección o a trastornos psiquiátricos, en estas categorías la cefalea aparece únicamente como consecuencia. Por último, la última categoría involucra a las neuralgias, que se definen como un dolor agudo que suele seguir toda la ruta del nervio afectado, provocando que el intenso dolor sea extenso.

La esclerosis múltiple se caracteriza por una inflamación cerebral que desmientiliza el sistema nervioso central, esta inflamación se da cuando el sistema inmune ataca por error al sistema nervioso, entonces, al producirse esta pérdida de mielina ocasiona que los impulsos nerviosos disminuyan o se detengan lo que a la larga conduce a incapacidad física y/o deterioro cognitivo. Su diagnóstico puede ser complejo esto debido a la amplia variedad de síntomas que afectan a diversas partes del cuerpo.

Por otro lado, los derrames cerebrales son la principal enfermedad no transmisible de importancia pública ya que después del cáncer y la enfermedad coronaria, estos son una de las causas más comunes de muerte en países industrializados. Los derrames cerebrales son una deficiencia neuronal que se produce por una hemorragia cerebral localizada, comúnmente esto sucede por la oclusión o cierre de un vaso sanguíneo (derrame isquémico) o por una ruptura del mismo (derrame hemorrágico). La mayoría de estos sucesos son atribuidos a la enfermedad aterotrombótica de las arterias, por émbolos del corazón y sobre todo por hipertensión, tabaquismo y obesidad.

Por último, el Parkinson es un trastorno neurodegenerativo crónico caracterizado por la presencia de síntomas no motores como inestabilidad, caídas, rigidez en extremidades, dificultad para hablar y deglutir, seguidos de síntomas motores como bradicinesia y temblor en reposo (OMS, 2006).

Actualmente se conoce que los pacientes que padecen algún trastorno neurológico pueden desarrollar psicopatologías como consecuencia de ello, y en algunos casos, los pacientes con este tipo de padecimientos clínicos muestran mayor incidencia y prevalencia de depresión y ansiedad, asimismo, se considera que determinados problemas psicológicos pueden tener como consecuencia enfermedades crónicas degenerativas (López & Augusto, 2007; Robinson, 2003).

De esto deriva la importancia de un tratamiento psicológico aunado al tratamiento médico después del diagnóstico de la patología, se conoce que la primera etapa del tratamiento psicológico es la prevención, por tanto, este paso resultaría determinante en el posible desarrollo de ansiedad en estas enfermedades médicas, lo cual ayudaría también a la disminución del deterioro clínico .

## **CAPÍTULO IV**

### **TRASTORNOS DE MOVIMIENTO**

En este capítulo se aborda de manera breve el funcionamiento y desarrollo del movimiento normal, reflejo y voluntario en los individuos haciendo hincapié en las estructuras cerebrales encaradas de coordinar estas tareas para así poder explicar el desarrollo de los trastornos de movimiento, asimismo, se hace mención de aquellas patologías que afectan de mayor manera la población mundial y su repercusión biopsicosocial en el sujeto.

#### **4.1 MOVIMIENTO**

Se conoce que el movimiento hace posible que el ser humano se interrelacione con el medio que le rodea y le permite además realizar diversas actividades cotidianas, ya sean básicas o instrumentales, de manera autónoma (Mencía, 2007).

El término “motor” hace referencia a todas las respuestas activas que emite el organismo, ya sea el movimiento producido por la contracción muscular o la actividad secretora que realizan las glándulas. Entonces, la actividad motora somática se refiere a los movimientos que realiza la musculatura esquelética, mientras que la actividad motora visceral se realiza a través del sistema nervioso vegetativo. La actividad motora somática comprende tanto el movimiento voluntario en sí mismo como los sistemas cerebrales que garantizan su adecuada coordinación (Portellano, 2005).

El término “voluntario” intenta diferenciar a estos movimientos de los reflejos o movimientos automáticos que la persona no se propone realizar, por ello, se considera conducta voluntaria a los comportamientos resultantes de respuestas del organismo ante variables externas o internas que ameritan una decisión o planeación (Rains, 2004).

El control de la actividad motora voluntaria está representado por la vía piramidal, que es la encargada de la realización de los actos motores que se inician de un modo consciente y deliberado. El sistema extrapiramidal es responsable del control y ajuste de los movimientos

inconscientes y automáticos (Portellano, 2005). Dentro de las patologías que pueden afectar este sistema se encuentran los trastornos de movimiento.

## **4.2 TRASTORNOS DE MOVIMIENTO**

Los trastornos del movimiento son cuadros neurológicos motores en los cuales puede haber un exceso o lentitud en los movimientos voluntarios o automáticos que no se explican por debilidad o espasticidad, asimismo, se les cataloga también como enfermedades neuropsiquiátricas debido a su alta comorbilidad de psicopatologías tales como depresión, ansiedad, síntomas obsesivo-compulsivos, alucinaciones, delirios, impulsividad, trastornos del sueño, apatía y deterioro cognoscitivo.

Estos trastornos son la expresión parcial de una disfunción en el circuito de los ganglios basales, cuyas principales funciones son la planificación, integración y control del movimiento voluntario, el correcto funcionamiento del aprendizaje procedimental, entre otros (Orjuela-Rojas, Barrios & Martínez, 2017).

Los trastornos de movimiento se pueden dividir en dos grupos dependiendo de la sintomatología que presenten, se tienen entonces los hipocinéticos o discinéticos, caracterizados por la pobreza y lentitud de los movimientos, e hipercinéticos o acinéticos-rígidos que se manifiestan por un exceso en los movimientos. (Mencía, 2007; Micheli-Piudo, 2012).

Uno de los trastornos más comunes son las distonías que se caracteriza por la presencia de contracciones musculares que generan movimientos repetitivos de torción o posturas atípicas (posturas distónicas) que suelen acompañarse con dolor agudo. A diferencia de otras patologías, los pacientes con distonía son capaces de ejecutar movimientos voluntarios de mejor manera, sin embargo, algunos pacientes pueden presentar dolor al realizar restos movimientos voluntarios, por lo que su distonía se clasifica como distonía de acción, asimismo, las contracciones pueden presentarse al realizar una actividad específica (hablar, escribir) por lo que se otorga la distinción de distonía ocupacional. Aunque la etiología de este padecimiento suele ser hereditaria o surgir de manera esporádica, se conoce también que

puede presentarse como consecuencia de otras patologías como esclerosis múltiple, traumatismo craneal, hemorragias cerebrales, tumores y en ocasiones debido a la administración prolongada fármacos como neurolépticos o levodopa.

Por otro lado, los tics o temblores se clasifican también dentro de los trastornos de movimiento, se definen como movimientos oscilatorios y generalmente rítmicos que se producen por relajación y contracción alternante de los músculos, así, según el factor que los desencadena puede clasificarse en: temblor en reposo sucede cuando, como su nombre lo indica, los músculos están en reposo y no pueden soportar activamente la gravedad ejercida sobre ellos; temblor postural sucede cuando los músculos no soportan activamente la fuerza de gravedad al estar en una postura específica, como levantar los brazos paralelamente al suelo; y el temblor cinético que se manifiesta desde el inicio y durante el recorrido de un movimiento y suele tener mayor intensidad al final de este (temblor intencional).

Acerca de la etiología de los temblores fisiológicos, se conoce que pueden aparecer en cualquier persona y que no son síntoma de alguna patología sino más bien consecuencia de eventos transitorios como factores estresantes, fatiga, frío, miedo, ansiedad, por ingesta de medicamentos o cafeína e incluso por una mala postura. Por otro lado, los temblores esenciales se presentan progresivamente con la edad por herencia.

Los tics, por su parte, se pueden diferenciarse de los temblores debido a que los primeros suelen ser arrítmicos, rápidos, breves y estereotipados y pueden manifestarse en los músculos (tics motores) o en la voz (tics vocales), otra diferencia es que estos suelen ser semi-involuntarios, es decir, quien lo padece puede ser capaz de controlarlos o reprimirlos durante un periodo de tiempo, aunque con gran malestar, angustia y ansiedad.

De acuerdo con sus características, los tics motores pueden clasificarse en simples cuando los movimientos son elementales, como guiñar los ojos y complejos cuando se realizan movimientos más elaborados que incluso parecen intencionales, como brincar; del mismo modo, los Tics vocales son simples cuando se realizan sonidos pequeños con la boca, los dientes o nariz, como toser o aclarar la garganta y se consideran complejos cuando el paciente repite lo que otra persona dice (ecolalia), dice malas palabras o palabras socialmente no aceptadas (coprolalia) o repetición de las últimas sílabas de las palabras que él mismo dice

(palilalia). Cabe destacar que los tics pueden presentarse de manera conjunta, es decir, que un paciente manifieste un tic motor simple aunado a un tic vocal complejo, como en el Síndrome de Tourette, por ejemplo.

Por otro lado se encuentran las mioclonías, las cuales se definen como movimientos rápidos, breves y bruscos que aparecen con amplitud variable y de manera involuntaria derivados de una lesión o disfunción del área motora cerebral, por herencia o como consecuencia de otra patología como insuficiencia renal, diabetes, herpes, VIH, Alzheimer, entre otras. Fundamentalmente, las mioclonías pueden dividirse en positivas y negativas, en donde las primeras se caracterizan por una contractura muscular y las segundas por una inhibición del tono muscular.

Entre las mioclonías más comunes destacan las de tipo fisiológico, dentro de ellas se encuentra la mioclonía hípica que aparece durante el sueño como sacudidas que frecuentemente se manifiestan al adormecer o al despertar y la mioclonía de hipo que se produce debido a contracciones repetidas e involuntarias del diafragma, este suele aparecer por un trastorno central o por una alteración en el frénico, como en el cáncer de esófago.

Otro de los trastornos de movimiento más comunes es la corea en la cual los movimientos involuntarios son irregulares, breves y de baja amplitud, normalmente fluyen de una parte del cuerpo a otra siendo más común localizarse en manos y cara y se asocian con una dificultad para mantener una contracción muscular sostenida. Esta patología suele desarrollarse como síntoma secundario de algunas enfermedades, por ingesta de fármacos con niveles elevados de dopamina y por herencia.

El Huntington es un tipo de corea de carácter hereditario considerada una patología neurodegenerativa con etiología principalmente hereditaria. La sintomatología de esta patología es motora, psicológica y cognitiva; dentro del primer rubro se encuentran movimientos coreicos en las extremidades que luego se extienden hacia la musculatura craneal, faríngea y laríngea, asimismo existe anormalidad en la motilidad ocular lo cual dificulta concentrar la mirada en un objeto o movimientos coreoatetósicos de los labios, la lengua, el paladar y el diafragma; por otro lado, los síntomas psicológicos suelen ser los primeros en manifestarse y permanecer durante el transcurso de la enfermedad siendo los

más comunes la depresión, cambios en la personalidad, apatía, insomnio y alucinaciones; por último, los síntomas cognitivos implican déficit de memoria, atención, concentración y aprendizaje, en algunos casos existe la demencia como última instancia.

Por último se encuentra el Parkinson que es una afección degenerativa que combina una bradicinesia asimétrica, hipocinesia y rigidez, algunas veces acompañadas de temblor en reposo y alteraciones posturales que ocupa el segundo lugar dentro de las enfermedades neurodegenerativas más comunes en México. (González, Martín & Gonzáles, 2005; Mencía, 2007; Portellano, 2005).

El desarrollo de muchas de estas psicopatologías ha sido normalizado en la población, sin embargo, debido a la prevalencia de los sectores en que existen más casos, estas patologías suelen ser atribuibles o aceptadas en los adultos mayores pues se consideran incluso parte del deterioro normal de las funciones al envejecer, sin embargo, existe la probabilidad de que estos padecimientos se presenten en sectores poblacionales jóvenes. El deterioro biopsicosocial que implica cualquier enfermedad crónico degenerativa es innegable, sin embargo, la sintomatología de los trastornos de movimiento suelen ser más evidente para terceros, lo cual desencadena comorbilidad entre estos y psicopatologías.

## **CAPÍTULO V**

### **PARKINSON**

El Parkinson es una afección degenerativa progresiva que se produce principalmente por la pérdida de neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra (Chávez-León, Ontiveros-Uribe & Carrillo-Ruiz, 2013). Descrito por primera vez en 1817 por el autor del mismo nombre, este síndrome se caracteriza por la presencia de bradicinesia que se refiere a la lentitud para la iniciación y ejecución de los movimientos voluntarios y a la disminución de la amplitud en la realización de los movimientos complejos, también se presentan movimientos escasos, lentos o de poca amplitud, suele estar asociado el temblor en reposo, episodios de bloqueo motor, rigidez o trastornos de los reflejos posturales, posturas en flexión de cuello y tronco (Micheli & Luquin-Piudo, 2012).

La prevalencia mundial de Parkinson es de 4.6 millones de personas mientras que en México se estima que existen entre 100 mil y 300 mil pacientes con esta patología ocupando el segundo peldaño en las enfermedades neurodegenerativas más comunes en el país (Saludario, 2016). Asimismo, en el 5% al 10% de los casos, ésta aparece antes de los 40 años de edad, en su forma precoz, aunque la edad media de inicio es aproximadamente de 65 años.

Existen tres tipos de Parkinson que son distinguidos entre sí por la naturaleza de sus síntomas y etiología, en primera instancia se encuentra el Parkinson primario, este sucede debido a la pérdida progresiva de células de la sustancia negra del tallo cerebral donde se produce el neurotransmisor dopamina, por tanto, su tratamiento consiste fundamentalmente en el reemplazo de este. Es importante resaltar que dentro de este primer tipo no se incluye el Parkinson causado por alguna otra patología, sin embargo este padecimiento puede estar asociado con procesos neurodegenerativos como la degeneración de estructuras relacionadas con los ganglios basales. En algunas ocasiones existen factores genéticos que determinan la aparición de esta patología, aunque esto existe con poca probabilidad, esta causa se encuentra incluida dentro del Parkinson primario. El tipo de Parkinson más común pertenece a este rubro y es conocido como idiopático o esporádico, se refiere a que no causa aparente ni base genética.

Por otro lado, los síntomas parkinsonianos producidos por factores etiológicos conocidos, como medicamentos, reciben el nombre de secundarios o sintomáticos. El Parkinson inducido por medicamentos suele ser de los más comunes, sin embargo, la sintomatología característica de esta patología desaparece en el momento en el que el paciente deja de consumir los fármacos que los provocan, entre ellos se encuentran algunos antipsicóticos y neurolepticos, antieméticos, litio y ácido valpróico. Otras causas de Parkinson secundario son los traumatismos craneales repetidos, es decir, se puede desarrollar a consecuencia de golpes recibidos de forma reiterada; enfermedades infecciosas o post infecciosas como neurosífilis o encefalitis, algunas enfermedades metabólicas y toxinas como cianuro, metanol y monóxido de carbono.

Y por último, un tercer grupo clasifica los síntomas del Parkinson que aparecen como consecuencia de otra enfermedad neurológica y se asocian a otros síntomas de disfunción neurológica (González et. al., 2005).

Acerca de la etiología de esta patología se considera que tiene un origen multifactorial en donde se ven implicadas la predisposición genética y factores ambientales, entre los que destacan los hábitos alimenticios, infecciones, toxinas ambientales y traumas craneo encefálicos (OMS, 2006), asimismo, se ha propuesto que otros mecanismos que intervienen en la aparición de este padecimiento son: la disfunción mitocondrial, alteración en los axones y muerte celular. Por otro lado, se conoce que el hecho de padecer diabetes aumenta la posibilidad de padecer Parkinson, en cambio, el alto consumo de café y cigarro disminuyen la posibilidad de aparición de esta enfermedad (Chávez-León, Ontiveros-Uribe & Carrillo-Ruiz, 2013).

Dentro de la parte genética se han descrito varios factores asociados al desarrollo de esta patología, entre ellos, destaca el gen de la  $\alpha$ -sinucleína, cuya mutación está altamente asociada con desarrollo de Parkinson autosómica dominante de inicio en la edad avanzada y en ocasiones con demencia, y por otro lado, el gen de la parkina, cuya mutación se asocia al desarrollo de una enfermedad de Parkinson autosómica dominante y de inicio en la edad

juvenil, este último suele manifestarse al inicio por distonía en las piernas y temblor de acción (González, 2005).

La sintomatología del Parkinson incluye problemas motores y no motores, contrario a lo que comúnmente se cree, los síntomas no motores pueden aparecer antes que los no motores, dentro de estos se incluyen hiposmia (trastornos del olfato), movimientos oculares rápidos, trastornos del sueño, cambios en la personalidad, depresión, trastornos urinarios, hipotensión. Por su parte, los síntomas motores son bradicinesia (lentitud de movimiento), temblores en reposo, rigidez o imposibilidad de movimiento en las extremidades, inestabilidad postural caídas, “congelación” de la marcha y dificultad para hablar y deglutir (OMS, 2006). Asimismo, se ha demostrado que en algunos casos los síntomas iniciales son dolor en el cuello, hombros o de las extremidades, fatigabilidad excesiva, temblor en una mano, falta de equilibrio o síntomas relacionados con la pérdida de destreza manual.

El temblor característico de esta patología comienza en una extremidad, comúnmente en una mano para después extenderse al resto de las extremidades y en ocasiones a los músculos de la cara y cuello, este movimiento es regular y rítmico y se presenta únicamente en reposo, durante la realización de una actividad suele disminuir o desaparecer, es agravado cuando el paciente experimenta ansiedad y cesa durante el sueño.

Por otro lado, se entiende como bradicinesia a la lentitud o reducción de los movimientos voluntarios y automáticos, en ocasiones este síntoma suele presentarse antes del temblor en reposo, siendo el más incapacitante y frustrante para el paciente pues afecta la realización de expresiones faciales, disminuye el parpadeo y provoca un enlentecimiento general que afecta a la voz, la deglución y la masticación, en etapas más elevadas se dificultan acciones como levantarse de un asiento o moverse de la cama, escribir o comer se convierten en un actos penosos y lentos agravados, en ocasiones, por el temblor.

La rigidez muscular es la resistencia al mover una articulación de una extremidad, esta aumenta durante la ejecución de un movimiento, en particular cuando se le pide al paciente que lo realice con la extremidad contralateral a la que se está estudiando. Esta rigidez suele

aparecer desde el inicio del padecimiento haciendo casi imposible caminar, hablar o realizar algún movimiento.

Otra de las características de los pacientes con Parkinson es la postura de flexión en cabeza, extremidades y tronco pues los reflejos de enderezamiento o posturales están alterados y el paciente tiene dificultad en corregir estas anomalías; durante el inicio de la enfermedad es fácil para quien lo padece enderezarse después de tomar esta postura, sin embargo, conforme avanza el padecimiento este síntoma empeora mezclándose con el bloqueo de las extremidades exteriores, lo cual dificulta o impide la marcha (González, 2005).

Al conocerse que la principal causa de este padecimiento es la pérdida dopamina en el cerebro, los fármacos que la contrarrestan están orientados a elevar este neurotransmisor por medio de Levodopa y agonistas de dopamina, asimismo, la cirugía funcional es una de las opciones terapéuticas en este padecimiento. Asimismo, la fisioterapia puede resultar de gran ayuda en los pacientes en los que predomina la rigidez, sobre todo cuando se ha producido un empeoramiento repentino, como consecuencia de alguna enfermedad intercurrente

Sin embargo, otro tipo de terapia que debe ofrecerse a los pacientes con este padecimiento es la psicológica, la cual debe enfocarse en la prevención de psicopatologías como depresión y ansiedad, esto debido a que números estudios han demostrado la comorbilidad de diversas afecciones psicológicas con enfermedades médicas como el Parkinson, este tipo de consecuencias suelen presentarse con mayor prevalencia en la población de jóvenes adultos y adultos, esto debido a que una enfermedad de este estilo suele ser atribuida a personas longevas, en las que existe una disminución notoria de la capacidad de realizar diversas actividades.

## **CAPÍTULO VI**

### **EPILEPSIA**

Uno de los trastornos altamente diagnosticado en la población mexicana es la Epilepsia, una enfermedad de origen orgánico cuya causa fundamental reside en la actividad eléctrica anormal del cerebro (Fabelo, Rojas & Iglesias, 2015).

Aunque el conocimiento de esta patología ya estaba presente en civilizaciones como la Antigua Grecia, fue hasta finales del siglo XIX cuando el neurólogo John Huxley Jackson la definió como una descarga eléctrica súbita en las células cerebrales. Actualmente, la descripción de la Epilepsia no se aleja de la primera propuesta pues se le define como una afección crónica y recurrente que se caracteriza por una hiperactividad sincrónica e intermitente de las células cerebrales que presentan descargas eléctricas anormales en el cerebro (crisis epilépticas), con manifestaciones clínicas variadas y causas muy diversas. El término “crisis epilépticas” se refiere a una alteración transitoria debido a descargas repetitivas, sincronizadas y anormales de grupos neuronales en el sistema nervioso central (OMS, 2001).

Se estima que alrededor de 50 millones de personas de todo el mundo padecen epilepsia, por lo que se considera uno de los trastornos neurológicos más comunes (OMS, 2017). En México, se calcula que hay dos millones de personas con epilepsia (Secretaría de Salud, 2016), por ello, esta afección ocupa el primer lugar entre las enfermedades neurológicas en el país (Sociedad Mexicana de Neurología Pediátrica, 2016).

La epilepsia es una condición multifactorial y dentro de ella resaltan tres factores a considerar, el primero de ellos es la predisposición genética; en algunas personas la posibilidad de tener una convulsión es más alta que en otras y esto depende del “umbral” que es la facilidad con que una convulsión puede ser provocada o inducida, este varía en función de la carga genética, aunque ciertas condiciones como las lesiones perinatales pueden también afectarlo.

El segundo factor es la anormalidad epileptogénica, esto se refiere a un tipo específico de epilepsia denominada “epilepsia sintomática”, esta se caracterizan por ser originada por un

defecto cerebral identificable como malformaciones cerebrales, alteraciones vasculares, infecciones, neoplastias, accidentes cerebrovasculares y trastornos en el metabolismo cerebral.

Por último, el tercer factor son las condiciones precipitantes de las convulsiones, las más comunes son fiebres muy altas en niños, síndrome de abstinencia, privación de sueño, drogas estimulantes y, en algunos casos, estrés. Dentro de este mismo rubro se encuentran las convulsiones reflejas, producidas por estímulos sensoriales, dentro de estas se encuentran las convulsiones fotosensibles (provocadas por luces parpadeantes). Sin embargo, este último factor no siempre puede considerarse debido a que no todos los pacientes tienen un precedente fácilmente identificable (OMS, 2006; Rodríguez, 2015).

Las crisis epilépticas se clasifican en dos rubros, por un lado están las crisis parciales o focales y por otro las crisis generalizadas. Dentro de la primera categoría se encuentran aquellas en las que únicamente una parte del cerebro está afectada, se pueden identificar tres tipos de crisis parciales; en las crisis simples se producen sacudidas rítmicas en alguna parte del cuerpo, estas suelen afectar la memoria y las sensaciones, en particular los sentidos de la vista y el oído, sin embargo, una característica de este tipo de crisis es que las personas no pierden el conocimiento.

El segundo tipo son las crisis parciales complejas, en estas sí existe pérdida de conocimiento, el individuo puede quedarse inmóvil durante varios minutos y luego realizar actos automáticos o repetición compulsiva de ciertos movimientos, este es el tipo de epilepsia más común. Por último dentro de esta categoría se encuentran las crisis con generalización secundaria, en estas el individuo comienza con una crisis focal que desemboca en el resto del cerebro, convirtiéndose en una crisis generalizada.

Las crisis epilépticas generalizadas inician de manera simultánea en todo el cerebro y provoca pérdida de conocimiento; dentro de esta categoría se enmarcan cinco subtipos, en primera instancia se encuentran las denominadas Ausencias que se refieren a las crisis de corta duración que incluso pueden pasar desapercibidas., durante ellas, el paciente suele perder la consciencia de su entorno por algunos minutos, sin embargo, no hay movimientos o sacudidas en su cuerpo.

En segundo lugar se tiene a las crisis mioclónicas en las que se presenta una brusca sacudida de las extremidades durante pocos segundos. Por otro lado, las crisis tónicas suceden consecutivas a una pérdida repentina de la conciencia, los músculos de todo el cuerpo se contraen lo que en ocasiones provoca hiperextensiones en las extremidades. Contrario a estas, se encuentran las crisis atónicas en las que existe pérdida súbita del tono muscular, lo que provoca que las personas caigan de manera repentina, aunque suelen recuperarse en pocos minutos, la gravedad de este tipo de crisis está en el peligro que tiene el paciente al caer de forma repentina pues esto podría ocasionar golpes o heridas severas.

Por último, en las crisis tónico-clónicas la persona cae súbitamente y su cuerpo se pone rígido (fase tónica) y posteriormente se producen sacudidas rítmicas en sus extremidades. En este tipo de crisis pueden provocas mordedura de lengua, expulsión de espuma por la boca o micción (Oller, 2002).

Los principales tratamientos para quienes padecen este trastorno son los fármacos y la cirugía, los primeros aunque afectivos no garantizan la erradicación de las crisis, sino que sólo las controlan, por otro lado, la cirugía es un tratamiento poco riesgoso y muy efectivo en casos seleccionados.

Es importante considerar en el tratamiento que uno de los principales propósitos debe ser ayudar al paciente a mantener un estilo de vida normal a través de terapia psicológica que aborde las esferas biopsicosociales del individuo. Los jóvenes con epilepsia suelen estar más afectados debido a que el padecimiento parece en los años más productivos de su vida lo que a menudo se traduce en desempleo y pérdida de vida social (OMS, 2016).

Se conoce que solo el 25% de los casos nuevos de Epilepsia se diagnostican en el adulto mayor (Álvarez et al, 2014) por tanto, Baker (2008) afirma que más de un tercio de los jóvenes con esta patología piensan en ella como una condición que obstaculizará su vida en el futuro, además el 36% de ellos prefieren no hablar u ocultar su condición ante otros por temor a ser discriminado. Algunas de las preocupaciones más frecuentes de esta población fueron qué pensarían sus pares si tuviera un ataque convulsivo frente a ellos, ser incapaces de realizar actividades como otras personas, tener menos confianza para conocer gente nueva, evitar realizar actividades nuevas e incluso evitar salir en viajes escolares.

Asimismo, en estudios previos en pacientes más jóvenes con epilepsia se ha encontrado que existe una mayor propensión a experimentar restricciones en actividades comunes, así como un bajo o nulo ajuste social.

Acerca de esto, la Oficina Internacional para la Epilepsia (IBE) ha reconocido la necesidad de indagar en el impacto de la epilepsia y su tratamiento desde la perspectiva de los pacientes, cuidadores y profesionales de la salud.

Comprender el impacto de la epilepsia y su tratamiento va más allá de simplemente controlar los efectos de las crisis, se debe considerar también las consecuencias psicológicas, sociales y de comportamiento que surgen de la condición (Baker, 2008).

## CAPÍTULO VII

### ANSIEDAD SOCIAL EN TRASTORNOS NEUROLOGICOS Y DE MOVIMIENTO

Este capítulo explica las consecuencias psicológicas que pueden presentarse en los pacientes diagnosticados con alguna enfermedad degenerativa, el deterioro biopsicosocial que implica y la prevalencia de estas psicopatologías, dentro de las que se destaca la ansiedad y depresión.

Las enfermedades neurológicas constituyen un importante deterioro en la vida de quien las padece, con frecuencia este tipo de patologías están relacionadas con problemas psicológicos, los cuales, si no se diagnostican y trata oportunamente, pueden contribuir al deterioro de los pacientes e incluso acelerarlo.

Diversos estudios han pretendido conocer y explicar la prevalencia de trastornos psicológicos en enfermedades neurológicas, tal es el caso de un estudio (Ramírez-Bermúdez, Aguilar-Venegas, Calero-Moscoso, Ramírez-Abascal, Nente-Chávez, Flores-Reynoso, Dolores-Velasco y Ramos-Tisnado, 2010) en el que se evaluaron las interconsultas de los pacientes previamente diagnosticados con Neoplasias del sistema nervioso central (n=72), encefalitis viral (n=44), enfermedad vascular cerebral isquémica (n=36), epilepsia (n=33), enfermedad vascular cerebral hemorrágica (n=24), infección por virus de inmunodeficiencia humana (n=22), neurocisticercosis (n=18), meningitis (n=16), leucoencefalopatía en estudio (n=13), tuberculosis del sistema nervioso central (n=11), Cefalea primaria (n=8), hidrocefalia (n=8), hematoma subdural (n=7), postoperados de clipaje de aneurisma (n=6), enfermedad de Parkinson (n=5), esclerosis múltiple (n=5) y enfermedad desmielinizante en estudio (n=5) encontrando altas tasas de comorbilidad con enfermedades neurológicas tales como delirium (n = 195, 38.5 %), trastorno depresivo (n = 76, 15 %), demencia (n = 39, 7.7 %), deterioro cognoscitivo, sin cumplir criterios de demencia (n = 33, 6.5 %) y trastorno de ansiedad (n = 36, 6.9 %).

El trastorno de ansiedad fue la tercer patología más común en infecciones agudas del sistema nervioso central (8.9), neoplasias cerebrales (4.2) y enfermedad vascular cerebral (11.7).

Asimismo se ha demostrado que en enfermedad de Alzheimer, demencia frontotemporal, demencia por cuerpos de Lewy y demencia por Parkinson existe una alta sintomatología de

patologías psicológicas, entre las que se destaca la apatía (60 %), depresión (40 %), irritabilidad (40 %), agitación psicomotora y agresividad (40 %), ansiedad (40 %), conducta motora aberrante (40 %), trastorno conducta alimentaria (40 %) desinhibición (40 %), euforia (20 %), ideas delirantes (20 %) y alucinaciones (10 %).

En la enfermedad de Parkinson de destaca la presencia de depresión (30-40 % de los pacientes), ansiedad, trastornos del sueño (90 % de los pacientes) (Jiménez, 2014).

Aunque existen pocos estudios que hablen acerca de la relación entre ansiedad social y trastornos neurológicos como demencias, derrames cerebrales o traumatismos craneoencefálicos, algunos abordan esta problemática en patologías como la esclerosis múltiple y epilepsia, esto tal vez como consecuencia de lo evidente que resultan los síntomas de cada uno de estos trastornos y con ello la sintomatología de ansiedad que implican. De hecho, las personas que padecen esclerosis múltiple se ven a sí mismos menos eficaces socialmente que los no afectados por esta enfermedad y además muestran mayor ansiedad en la mayoría de las situaciones cotidianas (Godoy, Muela & Pérez, 1993).

Otros estudios demuestran la presencia de ansiedad social y depresión en pacientes con padecimientos hipercinéticos, la ansiedad social secundaria se diagnosticó en 20% de pacientes con espasmo hemifacial, 30% pacientes con distonía cervical y 30% en pacientes con temblor esencial. Los pacientes más jóvenes están muestran mayor predisposición a padecer la ansiedad social secundaria de manera más grave. Los pacientes jóvenes con trastornos del movimiento pueden ser más vulnerables a los efectos de la hipercinesia, ya que tienden a ser más cuidadosos con su apariencia física (Ozel-Kizil, Akbostanci, Ozguven, Atbasoglu, 2008).

Acerca de esto, se conoce que el padecer epilepsia aumenta las posibilidades de padecer psicopatologías tales como ansiedad, depresión, psicosis e incluso comportamientos suicidas (Asatoa, Caplanb & Hermannc, 2014). De hecho, algunos autores afirman que los efectos adversos de los fármacos antiepilépticos se pueden relacionar con la presencia de trastornos como ansiedad y depresión, este mismo estudio indica que los altos índices de ansiedad y depresión en esta población se relacionan también con eventos adversos como somnolencia,

dificultad para concentrarse, nerviosismo o agitación (Gómez-Arias, Crail-Meléndez, López-Zapata & Martínez-Juárez, 2012)

Los síntomas de ansiedad en la epilepsia pueden también ser resultado de la imprevisibilidad de los síntomas propios de la patología y las restricciones a las actividades normales o esperadas para la edad del sujeto lo cual trae consigo baja autoestima, estigmatización y rechazo social (Pedroso & Barioni, 2006). Asimismo, los bajos niveles de conocimiento de la enfermedad en quien la padece se asocia con mayores niveles de depresión y ansiedad social (Baker, Spector, McGrath & Soterio, 2005).

Se conoce que los pacientes que padecen epilepsia tienen cinco veces más posibilidades de desarrollar ansiedad social que quienes no padecen de la afección médica, incluso la prevalencia de la ansiedad social en esta población es aún mayor que la ansiedad generalizada y la depresión, y así mismo, las personas con epilepsia tienen más probabilidad de padecer ansiedad social a comparación de personas con otra patología médica, sin embargo muy poco se ha hablado de esta comorbilidad en la literatura científica. Algunos de los factores que propician la correlación entre la epilepsia y la ansiedad social son: la severidad con que son percibidas las convulsiones, el rechazo, el impacto de la epilepsia en sus vidas, la evitación y el miedo a la evaluación negativa. (Heersink, Kocovski, MacKenzie, Denomme & Macrodimitris, 2015).

Es necesario reconocer que no basta con que el paciente reciba el tratamiento médico adecuado para la patología, sino que también requiere de un tratamiento psicológico oportuno que le ayude a adquirir las habilidades necesarias para evitar el desarrollo de las ya mencionadas alteraciones asociadas. Este tratamiento debe estar enfocado a las necesidades propias del padecimiento médico y particulares de quien lo padece.

Algunos estudios acerca del estilo de vida en pacientes con esta patología han utilizado los puntos de vista de los jóvenes para desarrollar un modelo biopsicosocial de los efectos de la epilepsia en su vida y se han utilizado por los autores para desarrollar una intervención psicosocial en formato de manual (Corrigan, 2016), de hecho, en los últimos años ha

incrementado la investigación en el desarrollo de intervenciones psicosociales en estos pacientes, dichas intervenciones son realizadas sin un componente farmacológico, centrándose únicamente en el funcionamiento psicológico y social.

Del mismo modo, a pesar de que el Parkinson es una enfermedad comúnmente atribuida a adultos mayores, se conoce que la cifra de jóvenes adultos y adultos de 20 a 40 años con este padecimiento está en aumento, a este fenómeno se le conoce como Parkinson de Inicio Temprano (Calne & Kumar, 2007) este sector de la población afronta diversos y más complejos conflictos a comparación de los adultos mayores de 60 a 70 años, por ejemplo. Dentro de estos conflictos resaltan pérdida de empleo, destrucción de su vida familiar, estigmatización o rechazo por parte de sus pares, además se estima que los factores psicosociales del individuo pueden contribuir a un mayor deterioro de la calidad de vida de los pacientes jóvenes (Schrag, Hovris, Morley, Quinn, & Jahanshahi, 2003).

Asimismo, se estima que un tercio de los pacientes con Parkinson padece por lo menos un trastorno de ansiedad y que uno de cada ocho sufre de múltiples trastornos de ansiedad. Un cuarto desarrolla depresión grave y el 13 por ciento tiene distimia (Leentjens, 2008).

Se estima que los pacientes jóvenes con esta patología sufren un impacto mayor en cuanto a su calidad de vida que la población adulta mayor, esto se debe probablemente a que este tipo de afecciones que conllevan discapacidad física son consideradas comunes e incluso aceptables en personas longevas, sin embargo, los pacientes más jóvenes pueden sentirse más susceptibles al estigma de la patología y de verse a sí mismos como prematuramente envejecidos y con pérdida de funciones que deberían tener (Schrag et al, 2003).

Diversos estudios realizados a este sector indican la presencia de algún tipo de ansiedad, tal es el caso del realizado por Dissanayaka et al (2009) en el que 25% de la población estudiada padecía de ansiedad, el 13% de fobia social, el 5% presentó síntomas de fobia social y depresión, y el 3% síntomas de fobia social y distimia, sumando un total de 43% de la población que padece estos trastornos. Este mismo estudio afirma una mala calidad de vida en quienes los padecen, asimismo, al comparar grupos de adultos y adultos mayores se demostró que los jóvenes son nueve veces más propensos a padecer trastornos de ansiedad.

Se conoce que la Ansiedad Social es el trastorno de Ansiedad más común, que es de inicio temprano y que generalmente se asocia con efectos negativos en el funcionamiento y calidad de vida de quien lo padece. En otro estudio realizado por Kumer et al (2008) se demostró que el 35% de la población con Parkinson estudiada padecía de Ansiedad Social.

Mucho se ha especulado de la aparición de ansiedad social en padecimientos como el Parkinson, esto probablemente como consecuencia de los criterios establecidos en DSM IV y V en los que se excluye el diagnóstico si la ansiedad está relacionada con la enfermedad médica, además, en el diagnóstico de ansiedad en esta enfermedad médica se entiende que los síntomas ansiolíticos son consecuencia directa y exclusiva de los síntomas motores en el Parkinson, sin embargo, se ha demostrado que la ansiedad en estos pacientes puede deberse a variadas causas y que incluso, en ocasiones los síntomas de ansiedad son precedentes y/o predictores de los síntomas físicos del Parkinson.

Diversos estudios (Camillia & Rodríguez, 2008; Vidal, Ramos-Cejudo y Cano-Vindel, 2008) han demostrado que la intervención Cognitivo-Conductual resulta ser la más eficaz para el tratamiento de la ansiedad social en pacientes sin diagnóstico con alguna afección médica a comparación de otro tipo de intervenciones psicológicas.

## **CAPÍTULO VIII**

### **TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una actividad terapéutica de carácter psicológico fundamentada en la psicología científica y, por tanto, tiene como cimiento el método científico. Uno de los principales objetos de estudio de este enfoque es la conducta, considerada como una actividad medible y evaluable, por tanto, modificable lo que conlleva a lograr un cambio conductual, cognitivo y emocional. Bajo este enfoque, la conducta se considera un aspecto aprendido sin dejar de lado los aspectos que influyen en este proceso como lo son los factores biológicos y sociales, de este modo, el centro de intervención es la modificación o eliminación de las conductas, cogniciones y emociones desadaptativas de un individuo y la sustitución de estas por conductas adecuadas al él, por ello esta base terapéutica se enfoca en la modificación de los procesos cognitivos que son la base del comportamiento (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

La TCC se basa en cuatro antecedentes teóricos conductuales, el primero de ellos es el Condicionamiento Clásico de Ivan Pavlov cuyo interés por estudiar los reflejos era conocer la actividad cerebral y con ello, la conducta por medio de la asociación entre estímulos neutros y estímulos que provocan una respuesta refleja, denominados, estímulos incondicionados.

Por otro lado se encuentra Thorndike quien centro sus investigaciones en la adquisición de conductas o respuestas que jamás habían sido mostradas por el sujeto. Su principal postulación denominada Ley del Efecto establece que si existe una consecuencia satisfactoria para el sujeto después de que este realice una conducta, existen altas posibilidades de que el sujeto permanezca realizando esa conducta.

Como tercer antecedente, en 1913 Watson incursiona en el paradigma de la psicología postulando que esta debe ser una disciplina objetiva que se encargue del control y predicción de la conducta. Una de las principales aportaciones de Watson fue gracias a sus conocidos experimentos de condicionamiento de fobias.

Asimismo, la ola del denominado neoconductismo tuvo una influencia significativa en el desarrollo de la TCC gracias a la aportación de autores como Mowrer quien retomando las propuestas de los anteriores autores postuló la teoría bifactorial del reforzamiento en la cual establece que existen dos tipos de aprendizaje, el primero es el aprendizaje por contigüidad o de señas el cual se refiere a que las respuestas involuntarias se condicionan a un estímulo que funge como señal de un suceso aversivo, es decir, este tipo de aprendizaje se basa en el condicionamiento clásico, por otro lado, el segundo tipo de es denominado aprendizaje por soluciones se refiere a la manifestación de conductas voluntarias en lugar de impulsivas. De este modo, Mowrer habla acerca del miedo como mediador en una conducta de evitación y en ello radica su trascendencia en la TCC, pues logra explicar esta conducta de evitación en diversas psicopatologías y por ello, establece un tratamiento con base en los aprendizajes propuestos.

Por último, el condicionamiento operante propuesto por Skinner supuso un parteaguas en la psicología pues el objetivo de su análisis experimental de la conducta era concretar una ciencia capaz de predecir, explicar y modificar el comportamiento en relación con los estímulos ambientales

Después de la postulación de estas bases, en la década de los 70's la Terapia Conductual da apertura hacia los aspectos cognitivos y sociales pues diversos autores, entre ellos Lazarus, defendieron la idea de que las teorías del aprendizaje eran insuficientes y que para la explicación de la diversidad de fenómenos se debían considerar otras áreas relevantes a la psicología como lo son las emociones, pensamientos o la memoria. Es ahí cuando surge el aprendizaje social propuesto por Bandura amplió el paradigma establecido al proponer que el aprendizaje no sólo sucede por la experiencia directa del individuo, sino también a través de la observación y la información obtenida por terceros por medios visuales o verbales, de ahí surgen entonces las técnicas de modelado y técnicas de control como el entrenamiento asertivo y el entrenamiento en habilidades sociales para el tratamiento de diversas psicopatologías (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2001; Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Así, para la realización de la TCC, como paso inicial se plantea la evaluación adecuada para su diagnóstico mediante la consideración sistemática de los síntomas fisiológicos, conductuales, cognitivos, conductuales y subjetivos y las reacciones a cada uno de ellos, para ello se realizan hipótesis explicativas de lo que podría ser el problema, las cuales llevan al segundo paso de la TCC que es la intervención en la cual se plantean objetivos que son propuestos a lograr mediante el uso de técnicas previamente validadas y por último, el seguimiento sucede al finalizar la segunda fase, en esta se evalúan si los objetivos fueron realizados y se realiza las modificaciones pertinentes para el mantenimiento de los cambios (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2001).

Se obtiene entonces que la TCC plantea técnicas empírica y científicamente validadas para el tratamiento de diversas afecciones psicológicas, como lo es el caso de la Ansiedad social, esto se puede afirmar a partir de las bases teóricas en las que se sustenta la eficacia en esta psicopatología, como lo son: El condicionamiento clásico, operante y vicario, los cuales consideran que toda fobia o temor es aprendido o adquirido mediante observación e imitación y la presentación social que sustenta que la ansiedad social se da de la evaluación personal en situaciones sociales reales o imaginarias en las que el sujeto se ve motivado a crear una determinada impresión a los demás pero teme de sus facultades para lograrlo.

Para realizar de manera adecuada una intervención de este carácter se debe tener en consideración que las técnicas son adaptables al sujeto, es decir que la directriz puede variar en función de las necesidades de este, así mismo, establecer el diagnóstico previo permitirá esclarecer las necesidades de tratamiento de manera jerárquica para así dar prioridad en el desarrollo de la terapia.

Las principales técnicas de evaluación de ansiedad social incluyen: entrevistas semiestructuradas; instrumentos de autoinforme, que miden temor y ansiedad, ansiedad social, timidez y habilidades sociales; el autorregistro, método para evaluar la conducta social de un individuo en su ambiente natural, fuera de la clínica o consultorio, en este se evalúa la frecuencia de un suceso que provoque ansiedad, sus antecedentes y sus consecuencias y las medidas conductuales, que se utilizan para la evaluación de habilidades sociales (Caballo, 2007).

Una de las técnicas primordiales para el tratamiento de la ansiedad social y muchas otras patologías es la Psicoeducación, técnica utilizada para instruir y orientar al paciente en diversos temas de su afección como su naturaleza, etiología, curso, consecuencias eventuales, posibilidades terapéuticas y resultados esperados, esto con el fin de esclarecer y eliminar los tópicos o estigmas de la enfermedad y con ello mejorar a la disminución de síntomas que estos causan (Martín-González, Albein-Urios, Munera & Verdejo-García, 2012).

Por otro lado, se conoce que, para el seguimiento del tratamiento psicológico, las técnicas de relajación son sumamente importantes, debido a que influyen en la mejora de la salud a través de cambios físicos y psicofisiológicos en el sistema muscular, respiratorio, cardiovascular, nervioso, endócrino e inmune. Dentro de estas, una de las más reconocidas es la Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson cuya premisa es la tensión y distensión de los músculos corporales, durante este proceso el paciente debe identificar las diferencias entre cada estado en su cuerpo, este método debe ir acompañado de técnicas de respiración.

Otra de las técnicas más socorridas en la psicología clínica y específicamente para casos de ansiedad social es la Reestructuración Cognitiva que se refiere a la modificación del contenido y forma de las cogniciones (Antona & García, 2008), esta técnica está encaminada a identificar y modificar los pensamiento desadaptativos de los pacientes con el fin de disminuir el impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones basándose en la premisa que no son los hechos los que hacen que el sujeto tenga ansiedad, si no la interpretación que él hace de los mismos, por tanto se busca cambiar esta interpretación a través de la identificación de ideas irracionales (Sánchez, Alcázar, Olivares, 1999).

La técnica de Desensibilización Sistemática de Wolpe hace uso de imágenes, imagería o situaciones reales temidas por el sujeto así, mediante la exposición prolongada, se pueden reducir los niveles de ansiedad y actitud de rechazo. Uno de los principios de esta técnica es la Inhibición recíproca, la cual indica que dos emociones contrarias no pueden manifestarse al mismo tiempo en un individuo, por tanto, al ser la relajación y la ansiedad respuestas

opuestas se debe inducir al sujeto en un estado de relajación antes de confrontarlo a las situaciones temidas (Vallejo-Slocker & Vallejo, 2016).

Por último el Entrenamiento en Habilidades Sociales tiene como objetivo dotar al individuo de conductas o habilidades adecuadas para adaptarse al ambiente lejos de su ansiedad, se define entonces a una conducta socialmente aceptable como aquellas emitidas por el individuo en su contexto intrapersonal en las que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de modo asertivo y adecuado a la situación social inmediata (Caballo, 1986).

## CAPÍTULO IX

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la literatura revisada se identifica que el desarrollo biopsicosocial de los pacientes diagnosticados con Parkinson o Epilepsia se ve severamente afectado tras este diagnóstico, siendo el aspecto social uno de los más afectados, sobre todo si se habla de estas enfermedades en poblaciones de jóvenes o adultos, esto debido al impacto que tiene el padecer una enfermedad que socialmente es atribuida a personas longevas como parte natural del envejecimiento y deterioro de funciones.

Otros de los factores relacionados con la aparición de patologías como la ansiedad es la severidad de la enfermedad y de sus síntomas, es decir, la severidad de las convulsiones en el caso de la Epilepsia o la severidad de los temblores en reposo o entumecimiento del Parkinson, por ejemplo, pueden contribuir a que el paciente resienta el rechazo de terceros, la evitación y el miedo a la evaluación negativa.

Se conoce que en México existe un porcentaje significativo de personas menores de 50 años que padecen estas enfermedades médicas, incluyendo niños, adolescentes, jóvenes adultos y adultos. En particular, la tasa de diagnóstico de estas patologías en jóvenes adultos y adultos está en aumento, sin embargo, poco se ha estudiado acerca del deterioro biopsicosocial que pueden padecer y por tanto la importancia de un tratamiento psicológico preventivo.

Investigaciones anteriores han demostrado que la terapia ofrecida a estos pacientes se enfoca sobre todo en la disminución de los síntomas propios de la enfermedad, es decir, la intervención e estos pacientes queda únicamente en el ámbito médico y farmacológico, dejándose de lado las patologías que pueden relacionarse cuando es primordial para el bienestar e reintegración social del individuo reconocer que no basta con que el paciente reciba el tratamiento médico adecuado para la patología, sino que también requiere de un tratamiento psicológico oportuno que le ayude a adquirir las habilidades necesarias para evitar el desarrollo de las ya mencionadas alteraciones asociadas.

Aunque teóricamente es conocida la evidencia de que estos pacientes suele presentar síntomas de depresión y ansiedad, poco se ha hablado de los subtipos de ansiedad que pueden

aparecer, por ello, este estudio pretende esclarecer la existencia de rasgos de ansiedad social desarrollados posteriormente a la aparición de Parkinson o Epilepsia.

## CAPÍTULO X

### MÉTODO

**Objetivo General:** Determinar si la población de jóvenes adultos y adultos diagnosticados con Parkinson o Epilepsia tiene o puede desarrollar rasgos de ansiedad social como consecuencia de su patología.

**Objetivo Específico:**

- Identificar el rango de edad que es más susceptible a la psicopatología
- Conocer el principal factor que provoca la sintomatología de la AS

**Preguntas de investigación:**

- ¿Existen síntomas de ansiedad social en pacientes jóvenes con Parkinson y Epilepsia?
- ¿Existe posibilidad de desarrollo de ansiedad en aquellos trastornos de movimiento en los que no están implicadas las vías dopaminérgicas?
- ¿Es el tiempo de padecimiento de la enfermedad el determinante de la adaptación de la sintomatología de ansiedad social?
- ¿La edad de los pacientes determina la intensidad de la sintomatología?

**Hipótesis:**

1. Existen síntomas de Ansiedad Social en los pacientes previamente diagnosticados con Parkinson o Epilepsia
2. Existe posibilidad de desarrollo de Ansiedad Social en los padecimientos en los que no interviene la secreción de dopamina.
3. Mientras más tiempo de padecimiento tenga el paciente, menor será la intensidad de los síntomas de Ansiedad Social

4. La edad funge como determinante de la intensidad de los síntomas de Ansiedad Social

**Definición de variables:**

**Variable Dependiente:**

Trastorno de Ansiedad Social. Temor duradero y persistente a una o más situaciones sociales en las que la persona que lo padece debe interactuar o ser observada en situaciones y relaciones nuevas o conocidas (Morrison, 2014).

**Variable Independiente:**

Parkinson. Enfermedad degenerativa progresiva que se produce principalmente por la pérdida de neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra, caracterizada por la presencia de bradicinesia, movimientos lentos o de poca amplitud, temblor en reposo, episodios de bloqueo motor, rigidez o trastornos de los reflejos posturales, posturas en flexión de cuello y tronco (Chávez-León, Ontiveros-Urbe & Carrillo-Ruiz, 2013; Micheli & Luquin-Piudo, 2012).

Epilepsia. Enfermedad de origen orgánico cuya causa fundamental reside en la actividad eléctrica anormal del cerebro, se caracteriza por convulsiones que se pueden clasificar en parciales, focales, convulsivas generalizadas y ausencias. (Fabelo, Rojas & Iglesias, 2015).

**Instrumentos:**

*Inventario de ansiedad y fobia social (Social Phobia and Anxiety Inventory [SPAI]).* Adaptación de Moral, Antona y García (2012), evalúa ansiedad social y agorafobia a través de cinco factores: 1) ansiedad en las relaciones con el sexo opuesto y personas en general, 2) falta de asertividad ante autoridades y timidez ante extraños, 3) respuestas cognitivas y fisiológicas en situaciones sociales, 4) evitación/abandono y 5) ansiedad de ejecución. Asimismo, esta escala incluye un factor extra que evalúa Agorafobia.

*Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE)* de Spielberger (1975). Evalúa dos dimensiones distintas de ansiedad: la ansiedad como rasgo y la ansiedad como estado. Está conformada por 40 ítems que describen al sujeto, veinte preguntas miden la ansiedad como

estado (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y veinte, la ansiedad rasgo (cómo se siente habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem.

### **Procedimiento.**

Para obtener los objetivos planteados, se aplicaron ambas pruebas psicométricas en pacientes diagnosticados con Parkinson y Epilepsia, la población tuvo un rango de edad de entre 18 y 40 años, de nacionalidad mexicana y sin tratamiento psicológico en curso. El grupo de pacientes con Parkinson (n=10) fue seleccionado de la Asociación de Jóvenes con Parkinson, mientras que el grupo de personas diagnosticadas con Epilepsia (n=50) fue conformado por pacientes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Todos los pacientes fueron enterados acerca del objetivo de la investigación, antes de iniciar con la aplicación de las pruebas, fue entregado un Consentimiento Informado el cual fue firmado por el participante, el aplicador y en caso de ser necesario, por un testigo.

## CAPÍTULO XI

### RESULTADOS

#### 1. Características clínicas y sociodemográficas.

Los datos fueron recopilados de una muestra de 60 pacientes (53% mujeres, [n=32]); la media de edad fue de 26 años. El 78% de los participantes son solteros (n=47), el 20% casados (n=12) y el 2% restante se encuentran en unión libre.

El porcentaje de personas sin escolaridad fue de 1.7% (n=1), al igual que los que únicamente tenían estudios de primaria (n=1). Las personas con secundaria concluida representan el 30% de la muestra (n=18), aquellos con preparatoria conforman el 47% (n=28) y las personas con nivel licenciatura fueron el 20% de la población (n=12). El 15% (n=9) de la población se encontraba sin algún tipo de trabajo remunerado, el 37% (n=22) son estudiantes, el 27% (n=16) se dedican a labores del hogar y el 21% (n=13) tienen empleos remunerados, entre los que se encuentran comerciantes, empleados, contadores, campesinos, abogados y electricistas.

La población con Epilepsia representa el 83% de la muestra (n=50) mientras que los pacientes con enfermedad de Parkinson son el 17% (n=10). La media de la edad de inicio en la población con Epilepsia fue de 20 años, la media de tiempo con el padecimiento fue de 8 años y su media de edad fue de 27 años. En el caso del Parkinson, la media de la edad de inicio de los pacientes fue de 20 años, la media de tiempo con el padecimiento fue de 6 años y su media de edad fue de 25 años. La edad promedio de la población total fue de 26 años, una media de 7 años con la enfermedad y 20 años de edad de inicio.

Ninguno de los participantes de este estudio se encontraba bajo algún tipo de tratamiento psicológico en el momento de la evaluación.

#### 2. Datos descriptivos.

En este apartado se observan los resultados en medias y desviación estándar de las variables y de cada factor contenido en el Inventario de Ansiedad Social y Fobia Social (Turner, 1989), esto con el objetivo de conocer e interpretar qué factores son aquellos que tuvieron mayor puntuación. En primer lugar, se mostrarán los resultados obtenidos en la población con Epilepsia, posteriormente se mostrarán los resultados en la población con Parkinson y por último se mostrará lo obtenido de la población total.

La puntuación obtenida en la evaluación de la Ansiedad social en los pacientes con Epilepsia muestra que el 48% de ellos se encuentra por arriba de la media (N=24) mientras

que el 12% obtuvo puntajes mayores a la norma (N=6), es decir, estos individuos presentaron niveles más elevados de ansiedad social.

Por otro lado, el instrumento utilizado para la evaluación de AS constó de 5 factores considerados parte de la sintomatología de dicho trastorno, en primera instancia, en el factor Relaciones Interpersonales, el cual evalúa el comportamiento, cogniciones y emociones que experimenta el individuo al encontrarse en una situación social con terceros se obtuvo que el 56% de la población se encuentra por arriba de la media mientras que el 8% se sitúa por encima de la norma (N=28 y N=4, respectivamente).

El segundo factor, denominado Asertividad y Timidez ante Extraños en el cuál se evalúa exclusivamente su ejecución ante personas desconocidas se obtuvo que el 48% de los pacientes con Epilepsia se encuentra arriba de la media (N=24) mientras que el 10% está por encima de la norma (N=5), lo cual indica que este porcentaje de la población evaluada se muestra pasivo, sin iniciativa a la interacción, dócil o manipulable en situaciones sociales en las que no conoce a los demás.

El tercer factor evalúa las Respuestas Cognitivas y Fisiológicas en situaciones específicas, en este se muestra que el 36% (N=18) de la muestra obtuvo un puntaje por encima de la media y que el 18% (N=9) sobrepasa los valores normales.

El cuarto factor es denominado Evitación y abandono, el cuál evalúa estas conductas en los contextos sociales del individuo, en este el 54% de los pacientes con Epilepsia se encuentran por arriba de la media y el 8% por encima de la norma (N=27 y N=4, respectivamente).

En el factor Ejecución evalúa los comportamientos, cogniciones y emociones que experimenta el individuo al realizar alguna actividad que es observable por terceros, en este el 40% (N=20) obtuvo puntuaciones por encima de la media y el 18% (N=9) por encima de la norma.

Por último, el Inventario también evalúa síntomas de Agorafobia, en este factor el 44% de los pacientes (N=22) se encuentra por encima de la norma y el 12% (N=6) por encima de la media.

FACTOR	PACIENTES CON ANSIEDAD EN RANGO CLÍNICO (EPILEPSIA)
ANSIEDAD SOCIAL	60%
RELACIONES INTERPERSONALES	64%
TIMIDEZ	58%
RESP. COGNITIVA Y FISICA	54%
EVITACIÓN/ABANDONO	62%
EJECUCIÓN	58%
AGORAFOBIA	56%

Por otro lado, la evaluación de Ansiedad Social en pacientes con Parkinson indica que el 20% se ubica por encima de la media y el 30% con valores que sobrepasan la norma.

El factor de Relaciones Interpersonales muestra que el 30% de los participantes se encuentra por encima de la media y el 20% por encima de la norma.

Para el factor de Asertividad y timidez ante extraños se obtuvo un 50% por encima de la media y un 10% que sobrepasa la norma.

En el factor Respuestas cognitivas y fisiológicas el 20% de los pacientes con Parkinson se encuentran por encima de la media y el 30% de ellos sobrepasan los niveles normales de ansiedad.

El factor Evitación y Abandono muestra que el 60% de los pacientes se encuentra por encima de la media y el 10% por encima de la norma.

En el factor Ejecución se obtuvo el mismo porcentaje de individuos (30%) se encuentran por encima de la media y por encima de la norma cada uno.

Por último, en el factor Agorafobia el 60% de los pacientes con Parkinson se encuentra con puntuaciones que sobrepasa la media mientras que sólo el 10% se ubica por arriba de los valores normales.

FACTOR	PACIENTES CON ANSIEDAD EN RANGO CLÍNICO (PARKINSON)
ANSIEDAD SOCIAL	50%
RELACIONES INTERPERSONALES	50%
TIMIDEZ	60%
RESP. COGNITIVA Y FISICA	50%
EVITACIÓN/ABANDONO	70%
EJECUCIÓN	60%
AGORAFOBIA	70%

Al evaluar a la muestra en total se obtiene que 62% (N=37) se ubica por arriba de la media (414, D.E. 112), de este porcentaje, el 13% de los pacientes (N=8) obtuvo una puntuación por encima de la norma, en la variable Ansiedad Social

En el factor Relaciones Interpersonales el 64% (N=38) de la población total de encuentra por encima de la media mientras que el 7% (N=4) está por arriba de la norma.

En el segundo factor llamado Asertividad y Timidez el 62% (N=37) se encuentran por encima de la media y el 10% (N=6) por encima de la norma, por otro lado en el factor Respuestas

Cognitivas 55% (N=33) se encuentran por encima de la media y el 20% de la población (N=12) sobresalen de la media.

El cuarto factor evalúa Evitación o Abandono de una situación social, en este, el 64% (N=38) se encuentra por encima de la media y el 7% (N=4) por encima de la norma.

Por último, el factor Ansiedad por Ejecución muestra un valor de 55% (N=33) por encima de la media y un 12% (N=7) por encima de la norma.

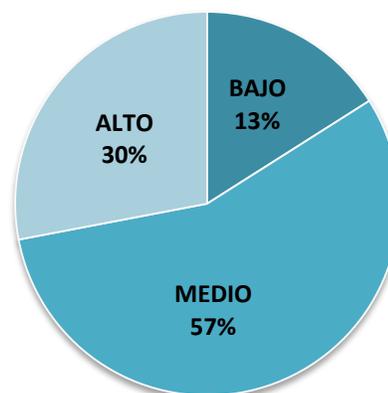
El factor Agorafobia arrojó que el 52% de la población (N=31) muestra síntomas propios de esta patología y que el 18% (N=11) se encuentra sobre los valores normales.

FACTOR	PACIENTES EN RANGO CLÍNICO TOTAL
ANSIEDAD SOCIAL	75%
RELACIONES INTERPERSONALES	71%
ASETIVIDAD Y TIMIDEZ	72%
RESP. COGNITIVA Y FISICA	75%
EVITACIÓN/ABANDONO	71%
EJECUCIÓN	67%
AGORAFOBIA	67%

### 3. Resultados del Inventario de Ansiedad Social y Fobia Social

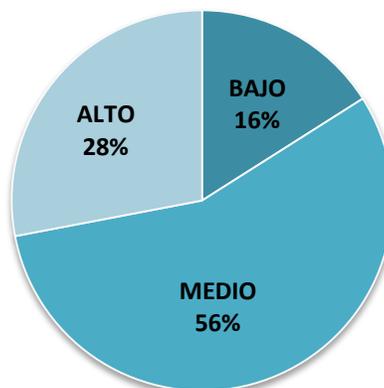
Las puntuaciones reflejan que el 13% de la población muestra un bajo o nulo nivel de ansiedad social, mientras que el 57% se encuentra con un nivel medio, lo cual puede ser indicador de riesgo en el posible desarrollo de AS, por otro lado el 30% de los pacientes se puntuó en el nivel alto de esta escala, lo cual indica que este porcentaje padece síntomas de Ansiedad Social.

ANSIEDAD SOCIAL TOTAL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	8	13%
MEDIO	34	57%
ALTO	18	30%
TOTAL	60	100%



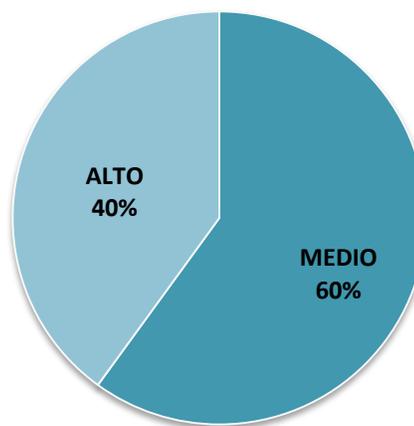
En el análisis de esta prueba con cada población, se obtuvo que el 16% los pacientes con Epilepsia tienen poca o nula sintomatología de AS, el 56% se encuentra en un punto de riesgo a padecerla y por último, el 28% de los pacientes con esta enfermedad tienen síntomas de ansiedad social.

ANSIEDAD SOCIAL EPILEPSIA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	8	16%
MEDIO	28	56%
ALTO	14	28%
TOTAL	50	100%



Por su parte, la población con Parkinson no mostró niveles bajos o nulos de Ansiedad Social en este instrumento, por ello la población estuvo dividida entre aquellos que obtuvieron una puntuación media con riesgo de desarrollar AS (60%) y aquellos que puntuaron en niveles altos de AS (40%).

ANSIEDAD SOCIAL PARKINSON		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDIO	6	60%
ALTO	4	40%
TOTAL	10	100%

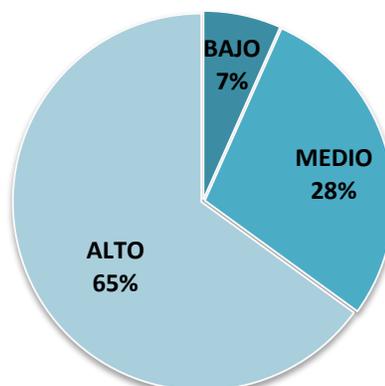


Al analizar los resultados obtenidos en este instrumento, tomando en consideración los puntajes que indican valores medios y altos se puede decir que una gran parte de esta población presenta síntomas de ansiedad social y que existe riesgo de que estos se intensifiquen con el paso del tiempo.

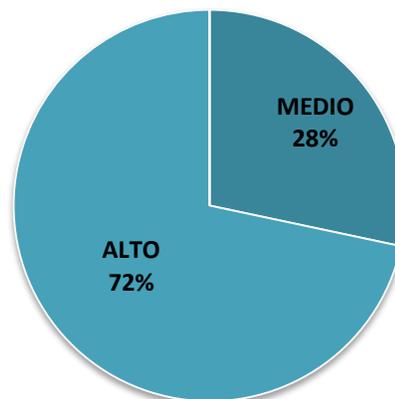
#### 4. Resultados IDARE

El inventario IDARE evalúa la ansiedad de dos maneras, la primera considerándola como un estado, es decir, como una respuesta momentánea, y la segunda como un rasgo o característica habitual del individuo. Al aplicarse este instrumento se obtienen entonces dos puntajes que indican el nivel de ansiedad del sujeto en cada uno de estos factores. Esta prueba fue utilizada dentro de la investigación con el propósito de determinar si los pacientes presentan síntomas de ansiedad debido a su condición médica, obteniendo los siguientes resultados.

ANSIEDAD ESTADO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	4	7%
MEDIO	17	28%
ALTO	39	65%
TOTAL	60	100%



ANSIEDAD RASGO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDIO	17	28%
ALTO	43	72%
TOTAL	60	100%

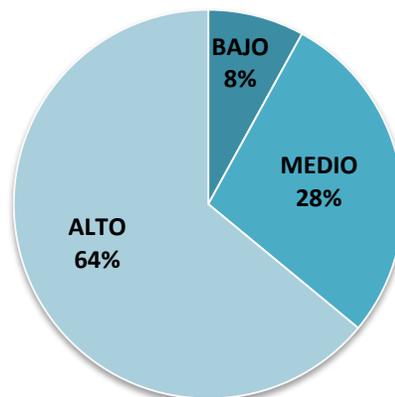


Los resultados arrojan que el mismo porcentaje de sujetos (28%) presenta ansiedad en un nivel medio tanto en estado como en rasgo, es decir, que esta condición ya es una característica en ellos y suelen presentarla en la mayoría de las situaciones que viven. Por otro lado, el 39% de los sujetos presentó niveles excesivos de ansiedad como estado y el 43% como rasgo, en ambas situaciones, el porcentaje supera la media de la población.

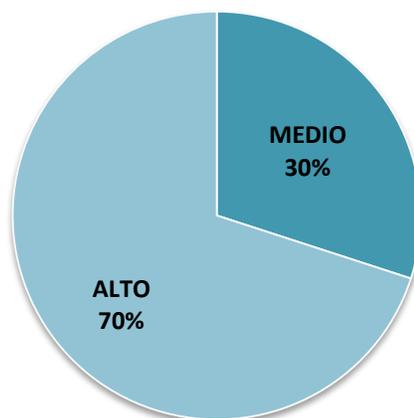
Sólo el 8% de la población entrevistada presentó niveles de ansiedad bajos o nulos en el momento de la aplicación, sin embargo, ninguna persona presentó estos niveles en ansiedad como rasgo, es decir que todos los participantes presentan ansiedad a nivel medio o alto habitualmente.

Al analizar por separado el comportamiento de la población según su padecimiento se observan resultados similares, los cuales, en el caso de la Epilepsia muestran que la mayoría de los pacientes presenta niveles de medios a elevados de ansiedad social tanto de estado como de rasgo (92% y 100%, respectivamente), asimismo ninguno de los participantes mostro sintomatología nula de ansiedad como rasgo

ANSIEDAD ESTADO EPILEPSIA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	4	8%
MEDIO	14	28%
ALTO	32	64%
TOTAL	50	100

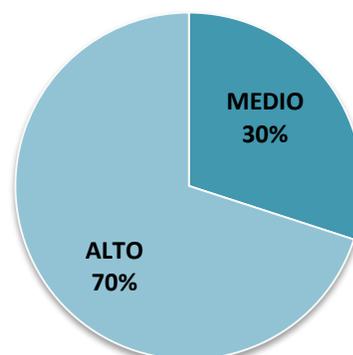


ANSIEDAD RASGO EPILEPSIA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDIO	15	30%
ALTO	35	70%
TOTAL	50	100%

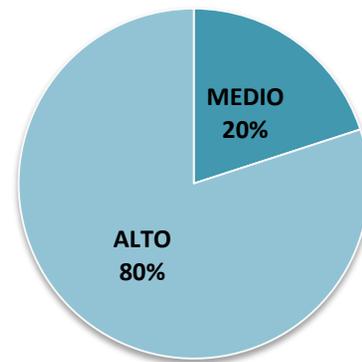


Por su parte, la población de pacientes con Parkinson presentó únicamente niveles medios y altos de ansiedad como estado y como rasgo, es decir, estos participantes presentan síntomas de ansiedad prácticamente en todas las situaciones que viven, estos resultados muestran la severidad de la patología y la importancia de atención especializada.

ANSIEDAD ESTADO PARKINSON		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDIO	3	30%
ALTO	7	70%
TOTAL	10	100%



ANSIEDAD RASGO PARKINSON		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDIO	2	20%
ALTO	8	80%
TOTAL	10	100%



##### 5. Análisis de correlación entre variables.

Se llevaron a cabo análisis estadísticos para establecer la existencia de correlación entre Ansiedad Social y la edad de la población estudiada, encontrando que no existe ninguna correlación significativa, es decir, la muestra en general obtuvo niveles medios y altos de esta psicopatología sin importar su edad o años con el padecimiento.

Así mismo, no se encontraron correlaciones significativas en la edad y años con la enfermedad de la muestra con respecto a cada uno de los factores del Inventario de Ansiedad Social.

	CORRELACIÓN	SIGNIFICANCIA
ANSIEDAD SOCIAL Y EDAD	-.084	.522
ANSIEDAD SOCIAL Y AÑOS DE ENFERMEDAD	-.096	.466

	EDAD		AÑOS CON LA ENFERMEDAD	
	CORRELACIÓN	SIGNIFICANCIA	CORRELACIÓN	SIGNIFICANCIA
RELACIONES INTERPERSONALES	-.137	0.298	-.201	0.124
ASERTIVIDAD ANTE EXTRAÑOS	-.066	0.618	-.116	0.378
RESPUESTAS COGNITIVAS Y FISIOLÓGICAS	-.066	0.618	.046	0.727
EVITACIÓN/ABANDONO	-.016	0.904	-.025	0.847
EJECUCIÓN	.006	0.961	.044	0.737

Al analizar de manera individual cada uno de los reactivos del inventario se encontró una relación estadísticamente significativa negativa entre la edad y el miedo o evitación a hablar en público ( $r = -.266, p=.040$ ), miedo a expresar sus sentimientos a terceros ( $r=-.294, p=.022$ ), temor a estar sólo en un lugar desconocido ( $r=-.256, p=.048$ ) y a estar solos en la calle ( $r=.280, p=.031$ ).

Así mismo, se encontraron correlaciones negativa significativas entre los años de padecimiento con el miedo o evitación a encontrarse en situaciones nuevas ( $r=-.256, p=.049$ ), asistir a restaurantes ( $r=-.271, p=.036$ ), comer mientras son observados ( $r=-.267, p=.039$ ),

estas solos en casa ( $r=-.282$ ,  $p=.029$ ) y estar solos en la calle ( $r=-.260$ ,  $p=.045$ ). Los años de padecimiento se correlacionaron de manera negativa con el temor o evitación a asistir a reuniones con personas del sexo opuesto ( $r=-.338$ ,  $p=.008$ ) y hablar de sus sentimientos con terceros ( $r=-.530$ ,  $p=000$ ).

Por último, la edad de inicio del padecimiento mostró una relación negativa con el miedo o evitación a expresar sus sentimientos con terceros ( $r=.256$ ,  $p=.048$ ).

		CORRELACIÓN	SIGNIFICANCIA
EDAD	HABLAR EN PÚBLICO	-.266	<b>.040</b>
	SENTIMIENTOS	-.294	<b>.022</b>
	LUGAR DESCONOCIDO	-.256	<b>.048</b>
	SOLOS EN CALLE	.280	<b>.031</b>
	NUEVAS SITUACIONES	-.256	<b>.049</b>
	RESTAURANTES	-.271	<b>.036</b>
AÑOS DE PADECIMIENTO	COMER	-.267	<b>.039</b>
	SOLOS EN CASA	-.282	<b>.029</b>
	SOLOS EN CALLE	-.260	<b>.045</b>
	REUNIONES	<b>-.338</b>	<b>.008</b>
EDAD DE INICIO	SENTIMIENTOS	<b>-.530</b>	<b>.001</b>
	SENTIMIENTOS	.256	<b>.048</b>

La población con Epilepsia mostró una correlación negativa entre años con la enfermedad y hablar de sus sentimientos con desconocidos ( $r=-.403$ ,  $p=.004$ ) y personas en general ( $r=-.526$ ,  $p=.025$ ) y con asistir a reuniones con desconocidos ( $r=-.287$ ,  $p=.044$ ) y con personas del sexo opuesto ( $r=-.350$ ,  $p=.013$ ) Por otro lado, en esta población se obtuvo una correlación positiva entre la edad de los pacientes y el ser criticado por figuras de autoridad ( $r=.293$ ,  $p=.039$ ), por último, existen también correlaciones positivas entre la edad de inicio y expresar sus sentimientos con extraños ( $r=.302$ ,  $p=.033$ ) y con personas en general ( $r=.317$ ,  $p=.025$ ). De igual manera, la población con Parkinson mostró dos correlaciones negativas en el factor hablar de sus “sentimientos con personas en general” en edad de los pacientes ( $r=-.644$ ,  $p=.044$ ) y en edad de inicio ( $r=-.678$ ,  $p=.031$ ).

Por último, los resultados obtenidos en la población total mostraron una correlación negativa entre los años con el padecimiento y la ansiedad como estado ( $r=-.290$ ,  $p=.024$ ) y la edad de inicio y la ansiedad como rasgo ( $r=-.340$ ,  $p=.008$ ). En la población con Epilepsia se encontraron correlaciones negativas entre años con la enfermedad y ansiedad como estado ( $r=-.302$ ,  $s=.029$ ) y edad de inicio con ansiedad como rasgo ( $r=-.325$ ,  $p=.021$ ).

POBLACIÓN EPILEPSIA		CORRELACIÓN	SIGNIFICANCIA
AÑOS CON LA ENFERMEDAD	SENTIMIENTOS-EXTRAÑOS	<b>-.403</b>	<b>.004</b>
	SENTIMIENTOS-PERSONAS EN GENERAL	<b>-.526</b>	<b>.001</b>
EDAD	REUNIÓN-EXTRAÑOS	-.287	<b>.044</b>
	REUNIÓN -SEXO OPUESTO	-.350	<b>.013</b>
	CRITICADO POR AUTORIDADES	.293	<b>.039</b>
EDAD DE INICIO	SENTIMIENTOS-EXTRAÑOS	.302	<b>.033</b>
	SENTIMIENTOS-PERSONAS EN GENERAL	.317	<b>.025</b>

POBLACIÓN PARKINSON		CORRELACIÓN	SIGNIFICANCIA
EDAD DE INICIO	SENTIMIENTOS-PERSONAS EN GENERAL	-.678	<b>.031</b>
EDAD	SENTIMIENTOS-PERSONAS EN GENERAL	-.644	<b>.044</b>

POBLACIÓN TOTAL		CORRELACIÓN	SIGNIFICANCIA
EDAD	ANSIEDAD RASGO	-.248	<b>.050</b>
AÑOS CON LA ENFERMEDAD	ANSIEDAD ESTADO	-.290	<b>.024</b>
EDAD DE INICIO	ANSIEDAD RASGO	-.340	<b>.008</b>

POBLACIÓN EPILEPSIA		CORRELACIÓN	SIGNIFICANCIA
AÑOS CON LA ENFERMEDAD	ANSIEDAD ESTADO	-.302	<b>.029</b>
EDAD DE INICIO	ANSIEDAD RASGO	-.325	<b>.021</b>

Por otro lado, con el fin de determinar la existencia de posibles factores agrupados por la variable estudiada, se realizó un análisis factorial en el cual se obtuvo como resultado una nueva variable denominada para este estudio “Agorafobia” debido a que los reactivos agrupados en ellas eran indicadores de esta patología, cabe destacar que los reactivos en esta nueva variable son diferentes a aquellos incluidos en el factor homónimo del Inventario de Ansiedad Social y Fobia Social. Se encontraron entonces dos correlaciones negativas

moderadas entre la variable Agorafobia y la edad de los individuos ( $r=-.266$ ,  $p=.040$ ) y con los años con la enfermedad ( $r=-.264$ ,  $p=.041$ ) (anexo 4).

		CORRELACION	SIGNIFICANCIA
VARIABLE AGORAFOBIA	EDAD	-.266	<b>.040</b>
	AÑOS CON EL PADECIMIENTO	-.264	<b>.041</b>

ÍTEMS FACTOR AGORAFOBIA
VIAJAR SOLO EN TRANSPORTE PÚBLICO
ESTAR SOLO EN LA CALLE
ESTAR SOLO EN LUGARES CERRADOS
ESTAR SOLO EN CASA
ESTAR SOLO EN LUGARES DESCONOCIDOS
ESTAR EN LUGARES ELEVADOS

## CAPÍTULO XII

### DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo fue conocer si la población de jóvenes adultos y adultos diagnosticados con Parkinson o Epilepsia tiene o puede desarrollar rasgos de ansiedad social como consecuencia de su patología, esto debido a la evidencia teórica del deterioro biopsicosocial que enfrenta este sector de la población después de su diagnóstico.

Para este propósito, se tiene en consideración una investigación piloto en la cual se evaluó la presencia de Ansiedad Social en adultos mayores diagnosticados con Parkinson del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía encontrando que el 60% de la población se presentaba nulos o bajos síntomas de ansiedad social, el 25% tenía niveles medios y sólo el 15% de los participantes (N=3) presentó niveles elevados de ansiedad social, cabe mencionar que estos últimos tenían edades de 39 a 42 años. Por tanto, al encontrar que los adultos mayores no presentan síntomas de ansiedad social y que el único porcentaje de la población que obtuvo niveles elevados no eran adultos de la tercera edad, se optó por realizar un estudio centrado en un sector menos longevo (anexo 5).

Los resultados obtenidos dan cuenta de que una gran parte de la población estudiada manifiesta sintomatología de ansiedad social y que solo el 13% de este sector se encuentra exento de ello, lo cual indica que más de la mitad de ellos requiere atención especializada; así mismo, los resultados de ansiedad social específicamente en la población con Parkinson indicaron que la población total se encuentra en rango clínico, al igual que en la población con Epilepsia cuyo porcentaje de pacientes afectados incluye a más de la mitad de la población. Estos resultados concuerdan con la evidencia teórica que sitúa a la ansiedad como uno de los padecimientos más comunes en la población clínica (Asatoa, Caplanb & Hermannnc, 2014; Godoy, Muela & Pérez, 1993; Gómez-Arias, Crail-Meléndez, López-Zapata & Martínez-Juárez, 2012; Jiménez, 2014; Ramírez-Bermúdez & Aguilar-Venegas, 2010) y aquellos que hablan en específico de la prevalencia de la ansiedad social (Dissanayaka, 2009; Heersink, Kocovski, MacKenzie, 2015; Kumer, 2008).

Con base en este sustento teórico, a manera de evidencia para la consistencia de resultados, en esta investigación se aplicó además el instrumento IDARE evaluando los niveles de

ansiedad como estado y como rasgo en la población; los resultados mostraron que casi el total de la población presenta ansiedad como estado en niveles medio y alto, mientras que el total de la muestra presenta niveles clínicos de ansiedad como rasgo, es decir, que la ansiedad representa una característica habitual en ellos. Esto indica que sí bien más de la mitad de los participantes mostraron ansiedad en su subtipo ansiedad social, de igual manera todos ellos padecen de esta patología como tal en diferentes niveles de severidad.

Teniendo en consideración los resultados anteriores, la afirmación de que los síntomas de ansiedad sean a consecuencia de la patología médica puede sustentarse teniendo en consideración que la media de años con la enfermedad en la población total fue de 7 y que la media de la edad de inicio fue de 20 años, lo cual coincide con los resultados que sitúan a la mayoría con ansiedad rasgo, asimismo, las correlaciones obtenidas entre la edad de los participantes y ansiedad rasgo ( $r=-.248$ ,  $p=.056$ ) y años con la enfermedad y ansiedad estado ( $r=-.290$ ,  $s=.024$ ) apoya el hecho de que esta patología surge como consecuencia del diagnóstico de Parkinson o Epilepsia.

De acuerdo con los hallazgos obtenidos en esta investigación, los factores principales que provocan síntomas de ansiedad social en esta población son “respuesta cognitiva y fisiológica”, “asertividad y timidez ante extraños”, “relaciones interpersonales” y “evitación o abandono” lo cual muestra que las personas que padecen Parkinson o Epilepsia suelen tener pensamientos inadecuados acerca de las situaciones que están viviendo, pueden ser susceptibles a asistir o exponerse en situaciones sociales en las que puedan ser observados o criticados, por ende no participan en estas, así mismo los resultados demuestran que existe baja o nula posibilidad de que esta población propicie o mantenga voluntariamente algún tipo de relación interpersonal.

Por otro lado, los datos obtenidos en las correlaciones demuestran que existen situaciones en particular que se presentan con mayor intensidad en la población más joven, tal es el caso del temor a hablar en público, expresar sus sentimientos con terceros y encontrarse sólo en un lugar desconocido o en la calle, este tipo de comportamientos dan cuenta del impacto que tienen este tipo de patologías médicas en este sector de la población quienes a diferencia de personas mayores, presentan mayor susceptibilidad a la crítica, al rechazo o al ser expuestos frente a otros.

Así mismo, los resultados demuestran que el tiempo que la persona tenga con el padecimiento también es determinante de si se presentan determinadas conductas desadaptativas. Así, situaciones como asistir a una reunión con personas del sexo opuesto, estar en un restaurante, encontrarse en situaciones o con personas nuevas, hablar de sus sentimientos, comer mientras se le observa, estar sólo en casa o salir solos en la calle se vuelven más complicadas y representan un mayor nivel de ansiedad social si el paciente tiene poco tiempo padeciendo Parkinson o Epilepsia, este resultado puede ser indicador de que mientras más años se tenga con el padecimiento se crea una habituación o incluso aceptación de la sintomatología que puede ser clave para que estos niveles de ansiedad disminuyan. Estos resultados concuerdan con estudios previos que señalan a la población joven como la más afectada en el plano biopsicosocial debido al padecimiento de estas patologías argumentando que este tipo de enfermedades conllevan una discapacidad física que es considerada común e incluso aceptable en personas longevas, sin embargo, los pacientes más jóvenes pueden sentirse más susceptibles al estigma de la patología y de verse a sí mismos como prematuramente envejecidos y con pérdida de funciones que deberían tener (Calne & Kumar, 2007; Corrigan, 2016; Schrag, Hovris, Morley, 2003; Schrag et al, 2003)

Por otro lado, los resultados obtenidos en las correlaciones demostraron un punto que no había sido considerado por las investigaciones anteriores, el cual indica que las personas mayores con Epilepsia pueden presentar niveles más elevados de ansiedad social en comparación con los jóvenes en situaciones que impliquen enfrentar o ser criticado por figuras que representen autoridad en ellos o en general, esto representa una clave para comprender el comportamiento y las cogniciones desadaptativas que pueden tener este tipo de pacientes, así mismo, esto puede considerarse como algo similar a lo que ocurre en la población de jóvenes, los cuales experimentan temor en situaciones con sus pares, considerando que los pacientes mayores vean a estas figuras de autoridad de la misma manera.

Considerando que el tamaño de la población estudiada no fue lo suficientemente grande, se realizó una tabla de tendencias (anexo 6) con el propósito de conocer si otros factores pueden estar asociados con las variables estudiadas tomando en cuenta un nivel de significancia menor a 0.08, las tendencias resultantes son ítems que pertenecen al factor “relaciones

interpersonales” los cuales mostraron correlaciones positivas con la edad, edad de inicio y años de padecimiento en los participantes, lo cual puede ser indicio de que determinadas situaciones pueden continuar afectando a la población aunque su edad incremente.

A continuación se retomarán las hipótesis que preceden a esta investigación para así dar respuesta con base en los resultados obtenidos.

La primera hipótesis plantea que existen síntomas de Ansiedad Social en los pacientes previamente diagnosticados con Parkinson o Epilepsia, esta afirmación puede ser sustentada debido a las elevadas puntuaciones obtenidas por la población en el Inventario de Ansiedad Social y Fobia Social, el cual indica que casi el total de la muestra se encuentra en rangos clínicos, asimismo se puede agregar que esta población no sólo padece de esta psicopatología sino que en su totalidad padece de Ansiedad, lo cual puede contribuir severamente al deterioro biopsicosocial de estos pacientes.

La hipótesis número dos plantea que existe posibilidad de desarrollo de Ansiedad Social en los padecimientos en los que no interviene la secreción de dopamina, teniendo en consideración que este neurotransmisor es primordial para el desarrollo de psicopatologías como la ansiedad, podría esperarse que esta no se presente en los pacientes que tienen un padecimiento en el que la dopamina no interviene con su desarrollo o curso, por ende, esta hipótesis es aceptada debido a que en contra de lo esperado neuroquímicamente, los resultados obtenidos confirman la alta prevalencia de ansiedad y ansiedad social en la población con Epilepsia.

La tercera hipótesis plantea que mientras más tiempo de padecimiento tenga el paciente, menor será la intensidad de los síntomas de Ansiedad Social. Debido a que el análisis estadístico demostró que no existe una correlación significativa entre el tiempo de padecimiento y la ansiedad social, esta hipótesis se rechaza. Sin embargo, los resultados confirman que en determinados síntomas el tiempo de padecimiento sí es determinante de su gravedad, es decir, mientras el paciente tenga más tiempo padeciendo Parkinson o Epilepsia presenta síntomas menos agudos de ansiedad social, esto debido quizá a determinados factores como la habituación a los síntomas o a la enfermedad y a los estilos de afrontamiento del individuo.

Por último, en la hipótesis número cuatro se afirma la edad de los pacientes funge como determinante de la intensidad de los síntomas de Ansiedad Social. Ya que el análisis estadístico no demostró una correlación significativa entre ambos factores, esta hipótesis se rechaza, debido a que los síntomas de ansiedad social se presentaron en un alto porcentaje de la población sin importar su edad, sin embargo, los datos obtenidos confirman que en determinadas situaciones de la vida diaria sí existe una correlación negativa entre la edad de los individuos y la sintomatología de ansiedad social, sobre todo en aquellas en las que el individuo puede ser observado o criticado por terceros.

## **CONCLUSIÓN**

La evidencia de la alta prevalencia de psicopatologías en enfermedades crónico degenerativas da muestra de la amplia necesidad de un tratamiento psicológico que acompañe el tratamiento farmacológico al momento del diagnóstico y curso de dicha enfermedad, esto va de la mano con la importancia de la inclusión del psicólogo clínico en ámbito médico para la realización de un tratamiento conjunto a diversos profesionales de la salud.

La relevancia de este estudio radica en el porcentaje de la población que presenta niveles clínicos de ansiedad social, el deterioro en su calidad de vida y desarrollo biopsicosocial y en la carencia de un tratamiento psicológico; es necesario reconocer que, si bien cada paciente puede presentar distorsiones cognitivas o pensamientos desadaptativos diferentes a otros, la evidencia teórica da un parte aguas de las necesidades principales para su tratamiento psicológico, las cuales se basan en las relaciones con terceros, el miedo o evitación a estar en reuniones o lugares concurridos, además, un alto porcentaje mostro susceptibilidad a la crítica y al rechazo, lo cual los mantiene con actitudes poco asertivas y sin iniciativa para realizar actividades que se consideran normales dentro de sus pares sin estos padecimiento.

Teniendo en consideración que estos resultados puedan ser replicables o puedan generalizarse al resto de la población con Parkinson o Epilepsia, la importancia y necesidad de tratamiento especializado se vuelve evidente.

La limitación principal de este estudio se encuentra en el número de pacientes incluidos en la muestra, sobre todo en la de Parkinson, así mismo, una limitación importante fue la carencia de una historia clínica de los participantes desde el inicio del padecimiento de Parkinson o Epilepsia para tener un mejor parámetro de evaluación del desarrollo desde el inicio de su diagnóstico clínico y un estimado de la frecuencia de sus crisis, factor que puede ser primordial para la presencia de síntomas de ansiedad social.

Por otro lado, se sugiere comparar los resultados de poblaciones longevas con poblaciones similares en este estudio con el fin de corroborar que este deterioro biopsicosocial se presente únicamente en pacientes jóvenes. Así mismo, se sugiere evaluar los estilos de afrontamiento de los participantes a fin de concluir si la presencia o no de síntomas de ansiedad o ansiedad social se deben a la manera en que las personas reaccionan y enfrentan las situaciones adversas y así, crear métodos de intervención orientados a ello. Por otro lado, se sugiere tener en consideración el tipo de Epilepsia que padezca cada individuo con el fin de conocer si esta repercute también en la sintomatología de Ansiedad. Por último, es importante conocer si el desarrollo y presencia de síntomas de Ansiedad Social incrementa en la población fármaco resistente, esto debido a la naturaleza de su comportamiento ante los fármacos, lo cual propicia que los síntomas propios de la enfermedad no se controlen de manera igual a la población no resistente.

## REFERENCIAS

- Antona, C. & García, L. (2008). Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40, 281-292
- Asatoa, M., Caplanb, R. & Hermannc, B. (2014). Epilepsy and comorbidities: What are we waiting for? *Epilepsy and behavior*, 31, 127-128.
- Álvarez, H., Espinosa, R., Hernández, M., Álvarez, Y., Torres, E., Álvarez, M. (2014). Caracterización de la epilepsia de inicio en el adulto mayor. *Acta Médica del Centro*, 8, 3, 85-91.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Baez, M. (2011). Exploración sensorial en pacientes con epilepsia. En Cornejo, J. & Toro, M. (2011) *Epilepsias del lóbulo temporal*. Colombia.
- Baker, G., Spector, S., McGrath, Y. & Soterio, H. (2005). Impact of epilepsy in adolescence: A UK controlled study. *Epilepsy and Behavior*, 6, 4, 556-562.
- Beck, A. & Clarck, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Ciencia y práctica. España: Desclée De Brouw.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Caballo, V. (1986). *Evaluación de las habilidades sociales*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1: trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Siglo XXI: México.

- Calne, S & Kumar, A. (2007). Young onset Parkinson's disease. Practical management of medical issues. *Parkinsonism and Related Disorders* 14, 133–142.
- Chávez-León, E., Ontiveros-Uribe, M. & Carrillo-Ruiz, J. (2013). La enfermedad de Parkinson: neurología para psiquiatras. *Salud Mental*, 36, 4, 315-324.
- Camillia, C. & Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual: definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 8, 1, 115-137.
- Castro-Sierra, E., Ponce de León, F. & Portugal, A. (2005). Neurotransmisores del sistema límbico. I. Amígdala. Primera Parte. *Salud Mental*, 28, 06, 27-32.
- Clark, D., Boutros, N. y Méndez, M. (2012). El cerebro y la conducta. Neuroanatomía para psicólogos. México: Manual Moderno.
- Díaz, F., Mena, I, & Gómez, A. (2002). Early Diagnosis of Parkinson's Disease: NeuroSPECT of the Dopamine Transporter. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40,3, 243-252. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000300006>
- Dissanayaka, N., Sellbach, A., Matheson, S., O'Sullivan, J., Silburn, P., Byrne, G., Marsh, R. & Mellick. (2009). Anxiety disorders in Parkinson's disease: prevalence and risk factors. *Movement Disorders*, 25, 7, 838–845
- Duque, A., López-Gómez, I., Blanco, I. & Vázquez, C. (2015). Cognitive Bias Modification (CBM) in depression: A critical review of new procedures to change cognitive biases. *Terapia psicológica*, 33, 2, 103-116.
- Echeverúa, M. (1998). *Manual de terapia de conducta* (M. Vallejo Ed. Vol. 1). Madrid: Dykinson.
- El trastorno de ansiedad generalizada (2013) *Revista de la Facultad de Medicina*, 56, 4, 53-55. Recuperado en 23 de agosto de 2016, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422013000400009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009&lng=es&tlng=es).
- Fabelo, J., Rojas, G. & Iglesias, S. (2015). Guías de buenas prácticas para la atención psicológica y social al paciente con epilepsia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41, 2, 357-368.

- Garibay, S. (2002). Mecanismos neurobiológicos del trastorno de ansiedad social. *Investigación en Salud*, 4, 3. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14240311>
- Ghazwani, J., Khalil, S. & Ahmed, R. (2016). Social anxiety disorder in Saudi adolescent boys: Prevalence, subtypes, and parenting style as a risk factor. *Journal of Family and Community Medicine*, 23, 1, 25-31.
- Godoy, J., Muela, J. & Pérez, M. (1993). Aspectos emocionales de la esclerosis múltiple. *Anales de psicología*, 9, 2, 171-176
- Gómez-Arias, B., Crail-Meléndez, D., López-Zapata, R., & Martínez-Juárez, I. (2012). Severity of anxiety and depression are related to a higher perception of adverse effects of antiepileptic drugs. *Seizure*, 21, 8, 588-594
- González, V., Martín, J. & González, A. (2005). Guía de buena práctica clínica en los trastornos de movimiento. International Marketing & Communication: España.
- Guijarro, A & Cano, A. (1999). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. *Revista electrónica de Psicología*, 3, 1, 1137-8492.
- Gultekin, B., Ozdilek, B., & Bestepe, E. (2014). Social phobia in parkinson's disease: Prevalence and risk factors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 829-834. doi: 10.2147/NDT.S62942
- Heersink, M., Kocovski, N., MacKenzie, M., Denomme, K. & Macrodimitris, S. (2015). Social anxiety and its psychosocial impact on the lives of people with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 51, 286-293.
- Jiménez, V. (2014). Enfermedades neurológicas y psiquiátricas en el anciano. *Medicine*, 11, 62, 3659-3676.
- Jodar, M., Redolar, D., Blázquez, J., González, B., Muñoz, E., Periañez J. & Viejo, R. (2013). Neuropsicología. Madrid: Editorial UOC.

- Kocijan, L. & Harris, L. (2016). Fear of positive evaluation and social anxiety. *Behaviour Change*, 33, 15–26.
- Kummer, A., Cardoso, F., Texeira, A. (2008). Frequency of social phobia and psychometric properties of the Liebowitz social anxiety scale in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 23, 12, 1739–1743.
- Leckman, J., & Cohen, D. (1999). *Tourette's syndrome. Tics, obsessions, compulsions*. Canada: Wiley.
- Leentjens, A. (2008). Anxiety Rating Scales in parkinson disease: Critique and recommendations. *Movement Disorders*, 23, 14, 2015-2025.
- López, F. & Augusto, J. (2007). Cerebrovascular Disorders and Depression. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 1, 92-100.
- López-Pérez, L. & Jurado, S. (2014). Ansiedad social y consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 6, 1, 37-50.
- Martín-González, J., Albein-Urios, N., Munera, P. & Verdejo-García, A. (2012) La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad. *International Journal of Psychological*, 5, 1, 18-24.
- Mencía, R. (2007). *Trastornos de movilidad y movilización de pacientes*. España: Formación Alcalá.
- Micheli, F., & Luquin-Piudo, M. (2012). *Movimientos anormales: Clínica y terapéutica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Miller, K., Okun, M., Fernandez, H., Jacobson, C., Rodriguez, R., & Bowers, D. (2007). Depression symptoms in movement disorders: Comparing parkinson's disease, dystonia, and essential tremor. *Movement Disorders*, 22(5), 666–672. doi: 10.1002/mds.21376
- Minici, A., Rivadeneira, C. & Dahab, J. (2001). ¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual? *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 1, 1-6.
- Oller, L. (2002). The prevalence of different types of epilepsy in clinical practice. *Revista de Neurología*, 34, 6, 526-531.

- Ospina-Ospina, F., Hinestrosa-Upegui, M., Paredes, M., Guzmán, Y., Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años. *Revista de Salud Pública, 13*, 6, 908-920
- Padrós, F. (2014). Modelos explicativos de la fobia Social: Una aproximación cognitivo-conductual. *Uaricha, 11*, 24, 134-147.
- Peña G, Luis. (2012). Description of clinical thinking by the dual-process theory. *Revista médica de Chile, 140*, 6, 806-810.
- Piña, J., Ybarra, J., Alcalá, I., Samaniego, R. (2010). La importancia de llamarse modelo y apellidarse teórico conceptual. *Psicología y Salud, 2*, 1, 20-29.
- Pedroso, E. & Barioni, P. (2006). A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy. *Epilepsy and Behavior, 8*, 232-238.
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Purves, D., Augustine, G., Fitzpatrick, D., Hall, W., Lamantia, A., Mcnamara J. & Williams, S. (2007). *Neurociencia*. México: Panamericana.
- Rains, D. (2004). Movimiento Voluntario. En Kutztown (2004), *Principios de neuropsicología humana* (pp. 216-229). México: Mcgraw-Hill Interamericana.
- Robinson, R. (2003). Poststroke depression: Prevalence, diagnosis, treatment and disease progression. *Biol Psychiatry, 54*, 376-87.
- Rodríguez, P. (2015). Diagnóstico y tratamiento médico de la epilepsia. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía, 5*, 2, 85-164.
- Rovella, A. & Gonzalez, M. (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en Humanidades, 9*, 17, 179-194.

- Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. España: Desclée De Brower
- Saludario (2016). *Día mundial de Parkinson 2016, una enfermedad crónica e invalidante*. Recuperado el 15 de mayo 2017 en <http://saludario.com/dia-mundial-del-parkinson-2016-una-enfermedad-cronica-e-invalidante/>
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21, 2, 19-28
- Sánchez, J., Alcázar, A. & Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: Meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11, 3, 641-654
- Sociedad Mexicana de Neurología Pediátrica. (2016). Recuperado en: <http://codigof.mx/epilepsia-principal-enfermedad-neurologica-en-mexico/>
- Schrag, A., Hovris, A., Morley, D., Quinn, N. & Jahanshahi, M. (2003). Young- versus older-onset parkinson's disease: Impact of disease and psychosocial consequences. *Movement Disorders*, 18, 11, 1250–1256.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Programa prioritario de Epilepsia. Lineamientos para el tratamiento de la epilepsia. SSA, Academia Mexicana de Neurología.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Neurological Disorders: public health challenges. Recuperado en: [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/neurodiso/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/neurodiso/en/)
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Epilepsia. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Recuperado en:  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Salud mental en el lugar de trabajo.  
Recuperado en: [http://www.who.int/mental\\_health/in\\_the\\_workplace/es/](http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/)

Orjuela-Rojas, J., Barrios, G & Martínez, M. (2017). Neuropsiquiatría de los trastornos de movimiento. *Revista Colombiana de Psiquiatría* DOI: 10.1016/j.rcp.2017.05.010

Ozel-Kizil, E., Akbostanci, C., Ozguven, H. & Atbasoglu, E. (2008). Secondary social anxiety in hyperkinesias. *Movement Disorders* 23, 5, 641–645.

Ramírez-Bermúdez, J., Aguilar-Venegas, I., Calero-Moscoso, C., Ramírez-Abascal, M., Nente-Chávez, F., Flores-Reynoso, S., Dolores-Velasco, F. y Ramos-Tisnado, R. (2010). Interfase neurología-psiquiatría en pacientes hospitalizados por patologías del sistema nervioso central. *Gac Méd Méx.*, 146, 2, 108-111

Secretaría de Salud. (2016). Epilepsia, enfermedad que afecta a dos millones de personas en México. Recuperado el 15 de Mayo en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/epilepsia-enfermedad-que-afecta-a-dos-millones-de-personas-en-mexico-61670?idiom=es>

Universidad Nacional Autónoma de México. (2015). En México es alta la incidencia de Parkinson en menores de 40 años. Recuperado el 25 de abril de 2015, de <http://invdes.com.mx/salud-mobil/7177-en-mexico-es-alta-la-incidencia-de-parkinson-en-menores-de-40-anos>

Vallejo-Slocker, L. & Vallejo, M. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica*, 13, 2, 157-168

Vidal, J., Ramos-Cejudo, J. y Cano-Vindel, A. (2008). Perspectivas cognitivas en el tratamiento de la fobia social: Estudio de un caso clínico. *Ansiedad y Estrés*, 14, 2, 289-303

## ANEXOS

### 1. Inventario de Ansiedad Social y Fobia Social

Basándose en su experiencia personal, por favor diga qué tan frecuentemente experimenta estos sentimientos y pensamientos en situaciones sociales. Por favor, utilice la escala de abajo y encierre el número que mejor refleje qué tan frecuentemente experimenta usted estas respuestas.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Con muy poca frecuencia	Con poca frecuencia	Con frecuencia	Con bastante frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre

1. Me siento nervioso cuando entro en contacto con situaciones sociales donde hay un grupo pequeño.
2. Me siento nervioso cuando entro en contacto con situaciones sociales donde hay un grupo grande.
3. Me siento nervioso cuando estoy en una situación social y me convierto en el centro de atención.
4. Me siento nervioso cuando estoy en una situación social y se espera que realice alguna actividad.
5. Me siento nervioso cuando hablo frente a una audiencia.
6. Me siento nervioso cuando hablo en una pequeña reunión informal.
7. Me siento tan nervioso de asistir a reuniones sociales que evito estas situaciones.
8. Me siento tan nervioso en situaciones sociales que abandono las reuniones.
9. Me siento nervioso estando en una reunión pequeña con:
  - a. Extraños
  - b. Figuras de autoridad
  - c. Sexo opuesto
  - d. Personas en general.
10. Me siento nervioso estando en una reunión grande con:

- a. Extraños
- b. Figuras de autoridad
- c. Sexo opuesto
- d. Personas en general.

11. Me siento nervioso estando en un bar o restaurante con: a. Extraños b. Figuras de autoridad c. Sexo opuesto d. Personas en general.

12. Me siento nervioso y no sé qué hacer estando en una nueva situación con:

- a. Extraños
- b. Figuras de autoridad
- c. Sexo opuesto
- d. Personas en general.

13. Me siento nervioso y no sé qué hacer estando en una situación que implique confrontación con:

- a. Extraños

1 2 3 4 5 6 7 Nunca Con muy poca frecuencia Con poca frecuencia Con frecuencia Con bastante frecuencia Con mucha frecuencia Siempre

- b. Figuras de autoridad
- c. Sexo opuesto
- d. Personas en general.

14. Me siento nervioso y no sé qué hacer estando en una situación vergonzosa con:

- a. Extraños
- b. Figuras de autoridad
- c. Sexo opuesto
- d. Personas en general.

15. Me siento nervioso al hablar de sentimientos íntimos con:

- a. Extraños
- b. Figuras de autoridad
- c. Sexo opuesto
- d. Personas en general.

16. Me siento nervioso cuando doy una opinión a:

- a. Extraños
- b. Figuras de autoridad
- c. Sexo opuesto
- d. Personas en general.

17. Me siento nervioso hablando de negocios con:

- a. Extraños
- b. Figuras de autoridad
- c. Sexo opuesto
- d. Personas en general.

18. Me siento nervioso cuando me acerco y/o inicio una conversación con:

- a. Extraños
- b. Figuras de autoridad
- c. Sexo opuesto
- d. Personas en general.

19. Me siento nervioso cuando tengo que interactuar por más de unos cuantos minutos con:

- a. Extraños
- b. Figuras de autoridad
- c. Sexo opuesto
- d. Personas en general.

20. Me siento nervioso cuando tomo (cualquier bebida) o ingiero alimentos delante de:

- a. Extraños
- b. Figuras de autoridad
- c. Sexo opuesto
- d. Personas en general.

21. Me siento nervioso al escribir o teclear delante de:

- a. Extraños
- b. Figuras de autoridad
- c. Sexo opuesto
- d. Personas en general.

22. Me siento nervioso cuando hablo frente a:

- a. Extraños
- b. Figuras de autoridad
- c. Sexo opuesto
- d. Personas en general.

23. Me siento nervioso cuando soy criticado o rechazado por:

- a. Extraños
- b. Figuras de autoridad
- c. Sexo opuesto
- d. Personas en general.

24. Intento evitar situaciones sociales en donde hay:

- a. Extraños
- b. Figuras de autoridad
- c. Sexo opuesto

d. Personas en general [FS\_EVA].

25. Abandono las situaciones sociales en donde haya:

a. Extraños

b. Figuras de autoridad

c. Sexo opuesto

d. Personas en general

26. Antes de entrar en contacto con una situación social pienso en todas las cosas que pueden salir mal. Los tipos de pensamiento que tengo son:

a. ¿Estaré vestido apropiadamente?

b. Probablemente cometeré un error y pareceré un tonto

c. ¿Qué haré si nadie me habla?

d. Si hay un silencio en la conversación ¿sobre qué puedo hablar?

e. La gente se dará cuenta de lo nervioso que estoy.

27. Me siento nervioso antes de entrar en contacto con una situación social.

28. Se me va la voz o se me quiebra cuando estoy hablando en una situación social.

29. Es poco probable que le hable a la gente hasta que ellos me hablen primero.

30. Tengo pensamientos problemáticos cuando estoy en una situación social. Por ejemplo:

a. Desearía poder irme y evitar toda la situación

b. Si lo estropeo de nuevo realmente perderé la confianza en mí mismo

c. ¿Qué clase de impresión estoy dando a los demás?

d. Cualquier cosa que diga probablemente sonará estúpida.

31. Experimento lo siguiente antes de entrar en contacto con una situación social:

a. Sudoración

b. Ganas frecuentes de orinar

c. Palpitaciones cardiacas.

32. Experimento lo siguiente en una situación social:

a. Sudoración

b. Sonrojarse o ruborizarse

c. Temblores

d. Ganas frecuentes de orinar

e. Palpitaciones cardiacas.

33. Me siento nervioso cuando estoy solo en casa.

34. Me siento nervioso cuando estoy en un lugar extraño.

35. Me siento nervioso cuando estoy en cualquier medio de transporte público (por ejemplo, camión, tren, avión, etc).

36. Me siento nervioso cuando cruzo la calle.

37. Me siento nervioso cuando estoy en lugares públicos llenos de gente (por ejemplo, tiendas, iglesia, cines, restaurantes, etc).

38. Estar en grandes espacios abiertos me hace sentir nervioso.

39. Me siento nervioso cuando estoy en lugares cerrados (elevadores, túneles, etc).

40. Estar en lugares elevados me hace sentir nervioso (por ejemplo, edificios altos).

41. Me siento nervioso cuando estoy esperando en una fila larga.

42. Hay veces en las que siento que tengo que agarrarme de las cosas porque temo caerme.

43. Cuando salgo de la casa y voy a lugares públicos voy acompañado de un familiar o amigo.

44. Me siento nervioso cuando viajo en carro.

45. Hay ciertos lugares a los que no voy porque podría sentirme atrapado.

## 2. IDARE

**INSTRUCCIONES:** Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

- |   | <b>NO</b> | <b>UN POCO</b> | <b>BASTANTE</b> | <b>MUCHO</b> |
|---|-----------|----------------|-----------------|--------------|
| 1. Me siento calmado                                |           |                |                 |              |
| 2. Me siento seguro                                 |           |                |                 |              |
| 3. Estoy tenso                                      |           |                |                 |              |
| 4. Estoy contrariado                                |           |                |                 |              |
| 5. Me siento a gusto                                |           |                |                 |              |
| 6. Me siento alterado                               |           |                |                 |              |
| 7. Estoy alterado por<br>algún posible contratiempo |           |                |                 |              |
| 8. Me siento descansado                             |           |                |                 |              |
| 9. Me siento ansioso                                |           |                |                 |              |
| 10. Me siento cómodo                                |           |                |                 |              |
| 11. Me siento con confianza<br>en mí mismo          |           |                |                 |              |
| 12. Me siento nervioso                              |           |                |                 |              |
| 13. Estoy agitado                                   |           |                |                 |              |
| 14. Me siento “a punto<br>de explotar”              |           |                |                 |              |
| 15. Me siento relajado                              |           |                |                 |              |
| 16. Me siento satisfecho                            |           |                |                 |              |
| 17. Estoy preocupado                                |           |                |                 |              |
| 18. Me siento muy excitado y<br>aturdido            |           |                |                 |              |
| 19. Me siento alegre                                |           |                |                 |              |
| 20. Me siento bien                                  |           |                |                 |              |

**INSTRUCCIONES:** Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente

CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECLENTE- MENTE	CASI SIEMPRE
---------------	------------------	---------------------	-----------------

21. Me siento bien
22. Me canso rápidamente
23. Siento ganas de llorar
24. Quisiera ser tan feliz
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente
26. Me siento descansado
27. Soy un persona "tranquila serena y sosegada"
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia
30. Soy feliz
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho
32. Me falta confianza en mí mismo
33. Me siento seguro
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad
35. Me siento melancólico
36. Estoy satisfecho
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente
38. Me afectan tanto los desengaños que

no me los puedo quitar de la cabeza

39. Soy una persona estable

40. Cuando pienso en los asuntos que tengo  
entre manos me pongo tenso y alterado

### 3. Consentimiento Informado

**Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"**

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Carta de Consentimiento Informado**

Estimado(a) joven:

**Introducción/Objetivo:** La Universidad Nacional Autónoma de México en conjunto en Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" está realizando el proyecto de investigación "Desarrollo de rasgos de ansiedad social en pacientes con Parkinson y Epilepsia".

El objetivo del estudio es observar si la población de jóvenes adultos y adultos diagnosticados con dichas enfermedades tienen o pueden desarrollar rasgos de ansiedad social como consecuencia de su patología.

**Procedimiento:** Si usted participa voluntariamente en este estudio, le pediremos lo siguiente: se le realizarán una serie de preguntas acerca de su comportamiento o pensamientos en situaciones sociales. Esto se realizará mediante un cuestionario que tiene una duración aproximada de 15 minutos. La información obtenida a través de ese cuestionario será utilizada para fines científicos y académicos por ello se mantendrá completamente confidencial.

**Beneficios:** Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si acepta participar estará colaborando con el Instituto y con la Universidad para la creación de tratamientos psicológicos adecuados para personas con padecimientos médicos como Parkinson y Epilepsia.

**Confidencialidad:** Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación involucrado en este proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos y se presentarán de tal manera que usted no podrá ser identificado.

**Riesgos potenciales/compensación:** Los riesgos potenciales que implica su participación en este estudio son nulos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir incómodo, tiene derecho de no responder.

**Participación voluntaria:** La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o retirar su participación del mismo estudio en cualquier momento. Su decisión de participar o no participar no afectarán de ninguna manera la forma en cómo le tratan en los servicios de salud recibidos por parte del Instituto.

**Números a contactar:** Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor hágaselo saber a la persona que le esté aplicando el cuestionario para poder resolver sus dudas. En caso de necesitar una aclaración, puede contactar a la Psic. Diana Karina Quiroz Gutiérrez al teléfono 5519326419.

**Consentimiento para su participación en el estudio.** Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE TESTIGO 1: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE TESTIGO 2: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR: \_\_\_\_\_

ANEXOS

ANEXO 4. Análisis Factorial

Matriz de componente<sup>a</sup>

	Componente																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
NERVIOSO_GRO_PEQUEÑO	.643	-.133	.225	.386	-.205	.002	-.050	-.108	-.182	-.137	-.010	.155	.034	-.121	.055	.041	-.266	.044	.016
NERVIOSO_GPO_GDE	.695	-.154	.013	.342	-.005	.113	.097	-.300	-.141	-.101	-.089	.086	-.034	-.064	-.163	-.090	-.079	.124	-.053
CENTRO_ATENCION	.696	-.279	.071	.127	-.179	.113	-.210	-.049	.122	.140	-.287	-.144	.208	.040	.030	-.047	.070	.071	.102
REALIZAR_ACTIVIDAD	.620	-.328	.005	.125	.010	.035	-.156	.005	.235	.076	-.344	-.075	.097	.229	.047	.160	-.010	.144	.092
HABLAR_AUDIENCIA	.695	-.341	.043	.352	-.127	-.176	-.061	-.041	.227	-.026	-.048	-.021	.117	.122	-.031	-.025	.047	.056	.075
HABLAR_PEQUEÑA_REUNION	.752	-.216	.066	.268	-.147	-.086	-.291	.112	.089	-.019	.063	.007	.044	.102	-.135	.059	-.047	.135	-.088
EVITAR_REUNIONES	.706	.269	.161	.032	-.024	.097	-.261	-.124	-.250	.132	-.108	-.165	-.066	.027	-.016	.014	-.042	.005	.059
ABANDONAR_REUNIONES	.837	.144	.062	-.043	-.101	.102	-.188	-.086	-.006	.189	.060	-.150	.129	.012	.072	.056	-.094	-.068	.086
REUNION_PEQUEÑA_EXTRAÑOS	.477	.234	.276	.326	.150	.364	.188	-.283	-.031	.052	.030	.045	-.081	.172	.081	.097	-.138	-.020	-.127
REUNION_PEQUEÑA_AUTORIDAD	.307	-.126	-.038	.387	.011	.227	-.157	.107	-.082	.536	.193	.364	-.207	.033	.290	.094	.082	.026	-.085
REUNION_PEQUEÑA_SEXO_OPUESTO	.572	-.252	.267	.540	-.028	.174	-.011	.073	-.029	-.043	.080	.046	.142	.024	.102	-.033	-.162	-.058	-.061
REUNION_PEQUEÑA_PERSONASGRAL	.715	-.168	.402	.305	-.128	.218	-.040	-.050	-.002	-.037	-.010	.077	-.105	.062	-.037	-.015	-.108	-.087	-.104
REUNION_GDE_EXTRAÑOS	.237	-.013	-.014	.212	-.051	.059	-.173	-.146	-.069	-.202	-.259	.100	.112	-.134	.066	.594	.490	-.151	-.098
REUNION_GDE_AUTORIDAD	.649	-.001	-.308	.091	.390	-.003	-.038	.130	-.002	.051	-.110	.019	.273	-.312	-.097	.072	-.111	-.013	.024
REUNION_GDE_SEXO_OPUESTO	.752	-.147	-.143	.466	.067	.076	-.099	-.076	.087	-.052	.089	-.046	.086	-.087	.004	-.116	-.079	.073	.065
REUNION_GDE_PERSONASGRAL	.794	-.136	.039	.238	.225	.094	-.159	-.121	.017	.081	.026	-.163	-.023	-.054	-.061	.048	-.104	-.011	-.085
RESTAURANTE_EXTRAÑOS	.498	.323	-.436	.252	.014	.220	.000	-.094	-.081	.060	.371	-.132	.042	.008	-.103	-.004	.126	-.135	-.019
RESTAURANTE_AUTORIDAD	.517	.427	-.384	.189	.122	.047	-.150	-.019	-.018	-.074	.276	-.183	.276	-.176	-.119	.018	.131	.078	.036
RESTAURANTE_SEXO_OPUESTO	.571	.188	-.299	.389	-.013	-.002	-.108	-.173	-.144	.052	.356	-.285	.028	.014	.048	-.080	.126	-.094	.141
RESTAURANTE_PERSONASGRAL	.645	.267	-.095	.379	.087	.066	-.282	-.145	-.215	-.065	.223	-.188	.030	-.017	-.008	-.125	-.008	.029	.141
NUEVA_SITUACION_EXTRAÑOS	.661	.000	-.251	.435	-.226	.116	.029	.127	-.104	.012	-.011	-.040	-.150	-.060	-.230	.036	.030	.044	-.211
NUEVA_SITUACION_AUTORIDAD	.592	.120	-.304	.288	.166	-.072	-.153	.148	.150	.275	.082	-.004	.014	-.301	-.114	.224	-.017	-.140	-.129
NUEVA_SITUACION_SEXO_OPUESTO	.735	-.269	-.104	.457	-.028	.052	.038	-.039	-.103	-.015	-.111	-.084	.035	.001	-.017	-.033	-.020	.104	.003
NUEVA_SITUACION_PERSONASGRAL	.757	-.216	-.023	.411	.067	.009	-.265	-.064	-.011	.025	-.108	-.125	-.035	-.072	-.117	-.033	-.045	.171	.014
CONFRONTAR_EXTRAÑOS	.644	.279	-.193	-.285	.289	.178	.184	-.006	-.054	.088	-.069	.121	-.170	-.230	-.147	-.018	-.114	.095	.089
CONFRONTAR_AUTORIDAD	.542	.254	-.391	-.094	.337	.082	.286	-.002	.097	.113	-.053	.151	.112	-.247	.088	.004	-.202	-.014	.086
CONFRONTAR_SEXO_OPUESTO	.674	.243	-.270	-.112	.236	.083	.066	.030	.214	.257	-.089	.064	-.123	-.219	.105	.008	-.148	.039	.236
CONFRONTAR_PERSONASGRAL	.524	.091	-.462	-.074	.232	.255	.125	.085	.383	.176	-.122	.171	-.084	-.059	.013	.029	.052	.033	.182
VERGONZOSA_EXTRAÑOS	.579	-.333	-.256	.240	.310	.133	.345	-.032	.162	-.077	-.005	-.146	-.156	.149	-.124	.065	-.061	-.127	.017
VERGONZOSA_AUTORIDAD	.529	-.084	-.422	.116	.354	.127	.296	.074	.190	.089	.027	-.146	-.144	.123	-.142	.059	-.212	-.124	-.107
VERGONZOSA_SEXO_OPUESTO	.571	-.306	-.277	.198	.221	.086	.227	-.176	.107	-.036	.102	-.048	-.105	.259	-.115	.112	.098	-.078	.182
VERGONZOSA_PERSONASGRAL	.611	-.260	-.110	.223	.332	.076	.242	-.025	.238	-.141	-.030	-.112	-.155	.214	-.037	.097	-.057	-.194	-.015
SENTIMIENTOS_EXTRAÑOS	.373	.334	.291	.240	-.141	.366	.315	.261	-.014	-.137	-.102	.015	.093	-.203	.024	-.157	.164	-.029	.008
SENTIMIENTOS_AUTORIDAD	.333	.519	.164	.125	-.115	.392	.113	.374	.057	-.061	-.114	.053	.116	-.098	-.152	-.009	.204	-.041	-.091
SENTIMIENTOS_SEXO_OPUESTO	.102	-.122	-.029	.295	-.041	.245	-.164	.021	-.150	.622	.142	.271	-.272	.120	.354	.003	.176	.042	-.026
SENTIMIENTOS_PERSONASGRAL	.450	.190	.192	.474	.055	.228	.187	.227	.098	-.127	-.109	-.021	.153	-.105	.127	-.150	.187	-.036	-.008
OPINION_EXTRAÑOS	.650	.339	-.236	.111	-.094	-.200	-.027	-.035	-.275	-.096	-.348	.034	-.166	.146	-.104	-.053	.013	.000	.069
OPINION_AUTORIDAD	.562	.311	-.428	.237	.039	-.224	.008	.002	-.203	-.164	-.190	.177	.042	.173	-.092	-.033	.020	-.012	-.061
OPINION_SEXO_OPUESTO	.587	.060	-.240	.343	.101	-.350	.139	.007	-.214	-.052	-.315	.223	-.146	.075	.070	.011	.019	.000	.076
OPINION_PERSONASGRAL	.660	.281	-.150	.220	-.038	-.239	-.088	-.005	-.202	-.029	-.361	.132	-.192	.173	-.065	-.092	.085	.008	.081
NEGOCIOS_EXTRAÑOS	.419	.396	-.508	-.182	-.156	.143	-.274	.062	.087	-.299	.092	.145	-.077	.144	.077	.171	.005	-.106	.085
NEGOCIOS_AUTORIDAD	.396	.444	-.499	-.114	-.111	.138	-.226	.016	.143	-.295	.138	.163	-.092	.173	.036	-.126	-.016	.032	.117
NEGOCIOS_SEXO_OPUESTO	.547	.445	-.373	-.186	-.182	.036	-.119	.098	.099	-.145	.011	.187	-.037	.108	.178	.005	-.140	.074	.056
NEGOCIOS_PERSONASGRAL	.495	.440	-.448	-.175	-.172	.076	-.237	.014	-.018	-.267	.125	.155	-.037	.102	.139	.188	-.036	-.025	.111
CONVERSACION_EXTRAÑOS	.672	.346	-.271	-.196	-.279	.161	.180	.037	.007	-.077	-.028	-.059	.069	-.090	.111	.113	-.031	.104	-.153
CONVERSACION_AUTORIDAD	.572	.448	-.382	-.258	-.215	.150	.092	.077	-.050	-.073	.222	-.099	.065	.028	.025	.017	.019	.113	-.081
CONVERSACION_SEXO_OPUESTO	.742	.260	-.183	-.145	-.287	.177	.157	.037	.007	-.047	.061	-.085	-.040	.025	.151	.050	.019	.025	-.090
CONVERSACION_PERSONASGRAL	.773	.304	-.115	-.101	-.246	.154	.099	.074	-.051	-.130	-.093	-.074	.111	-.045	.149	-.031	-.017	.146	-.007
INTERACTUAR_EXTRAÑOS	.819	.177	-.139	-.164	-.080	.134	.105	.150	-.125	.174	-.055	-.066	.154	.087	.096	-.041	-.123	.086	-.063
INTERACTUAR_AUTORIDAD	.698	.345	-.121	-.263	.094	-.034	.132	-.024	-.270	.159	-.190	-.060	.031	.040	-.034	-.120	-.020	.020	-.114
INTERACTUAR_SEXO_OPUESTO	.824	-.030	-.034	-.168	-.109	.077	.185	.155	-.284	.131	-.032	-.143	.094	.078	.140	-.087	-.094	-.012	.012
INTERACTUAR_PERSONASGRAL	.829	.155	-.010	-.091	-.020	.087	.079	.110	-.131	.149	-.139	-.105	.109	.153	.077	-.262	.029	-.007	.011
INGERIR_EXTRAÑOS	.520	-.129	.294	-.074	.327	.285	.046	.307	-.385	-.126	.099	.144	.092	.028	-.013	-.026	.010	-.135	.098
INGERIR_AUTORIDAD	.408	-.170	.223	-.005	.543	.095	.203	.317	-.323	-.105	.110	.159	.064	.084	-.042	.029	.129	-.039	.032
INGERIR_SEXO_OPUESTO	-.038	-.180	-.044	.289	.479	-.314	.238	-.048	.028	-.180	.174	.200	.134	-.008	.245	-.014	.052	.084	.062
INGERIR_PERSONASGRAL	.488	-.219	.218	.039	.570	-.119	-.165	.232	-.117	-.150	.176	.070	.143	.122	.031	-.064	.198	-.046	.125
ESCRIBIR_EXTRAÑOS	.657	-.156	-.040	-.332	.367	-.036	-.424	.176	-.051	.011	.025	-.010	.089	.059	.017	-.008	-.004	-.049	-.091
ESCRIBIR_AUTORIDAD	.659	-.172	.002	-.312	.345	-.075	-.368	.150	.047	.086	-.189	-.011	.032	.047	.003	-.103	.047	.031	-.145
ESCRIBIR_SEXO_OPUESTO	.639	-.143	-.083	-.305	.354	-.010	-.454	.161	-.025	.001	-.075	.011	.093	.086	.014	-.074	.021	-.034	-.118
ESCRIBIR_PERSONASGRAL	.656	-.135	-.002	-.318	.355	-.079	-.367	.208	.018	.074	-.132	.024	.054	.075	.024	-.030	-.024	-.047	-.148
HABLAR_EXTRAÑOS	.702	-.306	.054	-.019	-.364	-.105	-.202	.087	.153	-.047	.020	-.076	-.115	-.033	.158	-.049	-.080	-.166	-.113
HABLAR_AUTORIDAD	.690	-.318	-.232	.204	-.063	-.226	-.035	.147	.230	-.123	-.058	.112	-.038	-.161	.002	-.134	.136	.091	-.081
HABLAR_SEXO_OPUESTO	.663	-.374	-.022	.227	-.096	-.350	.046	.126	.202	-.114	.116	.026	.003	-.072	.219	-.071	-.053	-.032	-.040
HABLAR_PERSONASGRAL	.766	-.329	.067	.235	-.156	-.138	-.084	.037	.204	-.190	.017	.078	-.060	-.049	.107	-.128	.029	.038	-.043
CRITICADO_EXTRAÑOS	.654	-.447	.022	-.332	-.259	.313	.069	.138	.025	-.035	.043	.013	-.031	.068	-.034	.117	-.026	-.005	.055
CRITICADO_AUTORIDAD	.621	-.382	-.013	-.242	-.208	.464	-.045	.071	.128	-.041	-.024	.116	.047	.077	-.142	-.126	.050	-.006	.048
CRITICADO_SEXO_OPUESTO	.634	-.406	.169	-.337	-.259	.322	-.027	-.010	.063	-.089	.075	.088	-.014	.062	-.053	.021	.073	.000	.046
CRITICADO_PERSONASGRAL	.575	-.373	.182	-.149	-.267	.503</													

ABANDONO_SEXO_OPUESTO	.796	.069	.170	-.253	-.152	.037	.027	-.347	.152	.124	.104	-.040	-.018	.000	.071	-.023	.124	-.089	-.047
ABANDONO_PERSONASGRAL	.764	.024	.176	-.085	-.037	-.045	-.046	-.444	.233	.078	.079	.135	.164	.067	.087	-.051	.053	-.002	.055
VESTIMENTA	.540	-.339	-.089	-.242	.226	-.176	.106	-.050	-.186	-.234	.001	-.008	-.059	-.003	.192	.290	-.148	.103	.011
ERRORES	.572	-.430	-.159	-.329	.239	-.147	.330	.065	-.034	-.081	.049	-.072	-.102	.047	.080	-.006	-.045	-.097	-.060
NADIE_HABLA	.546	-.387	-.285	-.084	-.161	-.229	.316	.021	-.190	-.001	.105	.096	.051	-.105	.197	.019	.101	.074	-.144
CONVERSACION_HABLAR	.496	-.316	-.298	-.156	-.363	-.070	.220	-.032	-.219	.235	-.085	.042	.256	.086	-.042	.189	.000	.040	-.115
NERVIOSO	.630	-.262	-.073	-.026	-.201	-.300	.310	-.082	-.133	.034	.248	.140	-.023	.188	-.055	-.166	.052	.128	-.069
NERVIOSO_ANTES	.780	-.427	-.010	-.140	-.105	.199	.027	.083	-.083	-.002	.055	-.038	.057	.035	-.114	.064	-.062	.023	-.038
VOZ	.709	-.251	.049	-.092	-.140	-.187	-.143	.071	.016	.072	.023	-.057	-.233	-.232	-.060	.062	-.010	.084	.130
NO_HABLAR	.738	-.317	-.080	-.155	-.311	-.088	.140	.145	-.091	-.067	.073	-.067	-.129	-.075	-.003	-.077	.131	-.071	.004
EVITAR_SITUACIONES	.860	-.109	.086	-.143	-.103	.000	-.023	-.134	-.197	.026	.041	-.131	-.198	-.091	.013	-.100	.025	-.107	.028
PERDER_CONFIANZA	.720	-.336	-.028	-.147	-.043	-.286	.111	.196	-.069	.076	-.033	-.170	.123	-.113	.031	.155	.033	.059	.096
IMPRESION	.658	-.567	.040	-.196	-.066	.079	.114	-.119	-.011	-.025	.154	-.011	.044	-.024	-.026	-.082	.062	-.107	.027
DECIR_INAPROPIADAS	.693	-.342	-.019	-.324	.043	-.143	.154	-.093	.037	.128	-.028	-.180	-.151	-.100	-.054	.049	.138	.180	.094
SUDORACION	.740	-.077	-.015	-.250	.093	-.197	-.020	.110	-.030	.048	-.010	-.146	-.278	-.001	-.122	.020	.229	-.016	.048
ORINAR_FRECUENTE	.700	-.015	.119	-.094	-.003	-.208	-.040	.394	.070	-.013	.086	.130	-.261	-.176	-.082	-.066	.011	-.130	-.096
PALPITACIONES	.658	-.154	-.031	.003	-.295	-.441	.031	.100	.005	.079	.063	.018	.230	.046	-.066	.168	-.178	-.193	-.017
SUDORACION	.456	.169	.399	.120	-.328	-.213	.232	.094	.022	.111	-.026	-.208	-.132	.080	-.062	.185	.180	.137	.250
SONROJARSE	.114	-.116	.233	-.031	-.177	-.084	-.017	-.054	.002	.200	.162	.569	.316	.077	-.397	.067	-.128	.006	.136
TEMBLORES	.769	.071	.008	-.207	-.059	-.276	-.036	.015	-.060	.137	-.032	-.087	.251	.050	.034	-.072	.021	-.134	.220
ORINAR	.579	.306	.321	.032	-.065	-.268	.193	.232	.053	.133	.038	.175	-.074	-.185	-.031	-.112	.089	-.136	.171
PALPITACIONES	.677	.234	.051	-.029	-.224	-.480	.022	-.132	.039	.119	.071	.122	.153	.061	-.060	-.002	-.076	-.264	.030
SOLO_CASA	.446	.508	.427	.144	-.348	-.143	.149	.007	-.050	.007	-.024	.003	.029	-.026	.049	.118	-.138	-.107	.119
LUGAR_EXTRAÑO	.637	.363	.025	.080	-.031	-.400	-.068	.019	.259	-.163	.105	-.027	.073	-.016	.108	-.084	.010	.048	-.126
TRANPORTE_PUBLICO	.535	.584	.378	.053	-.142	-.160	.093	.273	.056	.018	-.005	.108	-.018	.046	-.039	.116	-.001	.062	-.033
CRUZAR_CALLE	.284	.462	.392	-.017	.418	-.015	.082	-.001	-.160	.098	.206	-.135	.084	.138	-.045	.247	.004	.142	-.022
LUGARES_PUBLICOS	.544	.036	.608	.045	.280	.001	.001	-.036	.094	-.157	-.066	.002	-.069	-.045	.182	.052	-.049	-.001	.104
ESPACIOS_ABIERTOS	.577	-.068	.627	-.096	.071	.023	.102	.167	.183	-.002	.056	-.112	.126	.094	.126	.077	-.010	.140	-.008
LUGARES_CERRADOS	.284	.574	.186	.183	-.102	-.182	.196	.315	.323	.099	.036	-.024	-.068	.205	-.165	.030	-.047	-.034	-.162
LUGARES_ELEVADOS	.362	.628	.220	-.052	.087	-.327	-.199	.065	.025	.074	.187	-.056	-.194	.122	-.204	-.028	.043	.081	-.069
LARGA_FILA	.199	.512	.133	-.053	.331	-.018	.247	-.014	.422	.198	-.066	-.051	.182	.281	.072	-.054	.148	.120	-.057
TEMOR_CAER	.709	.164	.373	-.213	.099	.171	.020	-.100	-.003	-.186	-.112	-.021	-.063	-.008	.120	-.037	-.031	-.068	-.017
ACOMPANADO	.711	.287	.468	-.005	.050	.000	-.090	-.127	-.060	-.104	-.168	-.080	-.110	-.060	.055	.082	-.166	-.099	-.037
VIAJAR_CARRO	.468	-.005	.385	-.082	.047	.002	-.137	.373	.014	-.148	.366	.026	-.179	-.037	-.095	.139	-.142	.364	.033
SENTIRSE_ATRAPADO	.520	.436	.586	-.058	.145	.110	-.045	-.065	-.057	-.053	-.046	-.014	-.103	-.055	.064	.021	-.072	-.143	-.001

Método de extracción: análisis de componentes principales.

a. 19 componentes extraídos.

5. Resultados prueba piloto Rasgos de Ansiedad Social en pacientes longevos con Parkinson

**Rasgos\_FóbicosE2 (agrupado)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Sin rasgos de Fobia Social	12	60.0	60.0	60.0
Probabilidad de Fobia Social	5	25.0	25.0	85.0
Con Rasgos de Fobia Social	3	15.0	15.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

6. Tabla de Tendencias de variables con significancia menor a .080

		CORRELACIÓN	SIGNIFICANCIA
EDAD	ANSIEDAD RASGO (PARKINSON)	-.587	<b>.074</b>
	REUNIONES GPOS GRANDES	.237	<b>.068</b>
	REUNIONES CON EXTRAÑOS	.234	<b>.072</b>
	REUNIONES CON SEXO OPUESTO	.245	<b>.059</b>
	REUNIONES CON FIGURAS DE AUTORIDAD	.239	<b>.066</b>
	HABLAR DE NEGOCIOS	.228	<b>.080</b>
AÑOS DE PADECIMIENTO	SER CRITICADO POR FIGURAS AUTORIDAD	.237	<b>.068</b>
	VIAJAR TRANSPORTE PÚBLICO	-.233	<b>.073</b>
	ESTAR SOLO EN CASA	-.234	<b>.072</b>
	REUNIONES CON EXTRAÑOS	.229	<b>.078</b>
	SITUACIONES NVAS. CON SEXO OPUESTO	-.245	<b>.059</b>
	VIAJAR TRANSPORTE PÚBLICO	-.241	<b>.063</b>
EDAD DE INICIO	EXPRESAR SENTIMIENTOS A EXTRAÑOS	.247	<b>.057</b>
	EXPRESAR SENTIMIENTOS AL SEXO OPUESTO	.241	<b>.064</b>

