



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Trastorno de ansiedad social desde una mirada gestáltica en población adolescente

Autor/a: Rocío Pacheco Solera

Director/a: María Esther Martín Iñigo

Madrid

2021/2022

Índice

	Página
Resumen	3
Abstract	3
1. Introducción	4
2. Marco Teórico	6
2.1. Terapia Gestalt	6
2.2. ¿Qué es la ansiedad?	7
2.2.1. Síntomas.....	8
2.2.2. El papel de la genética y el aprendizaje en la ansiedad	8
2.3. ¿Qué es el trastorno de ansiedad social?	9
2.4. Factores de riesgo de un Trastorno de ansiedad social	10
2.4.1. Individuales	10
2.4.2. Etapa de la adolescencia	12
2.4.3. Estilos educativos parentales	13
2.4.4. Internet y redes sociales	14
2.4.5. Pandemia COVID-19	15
2.5. El trastorno psicológico desde el enfoque gestáltico.....	15
2.5.1. El ciclo de satisfacción de necesidades.....	16
2.5.2. Mecanismos neuróticos contemplados desde el ciclo de satisfacción de necesidades	17
2.6. Cómo se trata al individuo con ansiedad social desde la Gestalt	21
3. Metodología del trabajo	23
4. Discusión y limitaciones del estudio	23
5. Conclusión y perspectivas de futuro	27
6. Bibliografía	28

RESUMEN

El trastorno de ansiedad social (TAS) o fobia social es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en la población adolescente española. Actualmente el número de casos de adolescentes con algún tipo de trastorno de ansiedad ha incrementado desde la pandemia por COVID-19, en el que, además, el constante uso de las redes sociales durante el periodo de confinamiento agravó esta situación favoreciendo mayores tendencias al aislamiento social, miedo a relacionarse, comparaciones entre iguales, complejos, etc.

El objetivo principal de este trabajo fue abordar la problemática del trastorno de ansiedad social en población adolescente desde el enfoque de la Terapia Gestalt. Ésta, más que centrarse en suprimir el síntoma en sí (la fobia social) a través del cambio de conducta, como haría por ejemplo el enfoque Cognitivo-Conductual, busca descubrir y desmontar junto con el paciente aquellos mecanismos neuróticos (procesos de pensamiento) que han llevado a la persona a presentar esa sintomatología ansiógena. El fin último de la Gestalt es que el adolescente pueda llegar al *awareness* (toma de conciencia) y provocar así un cambio más profundo y duradero al ahondar en la raíz del problema.

Palabras clave: Ansiedad social, adolescentes, factores de riesgo, Terapia Gestalt, mecanismos neuróticos.

ABSTRACT

Social anxiety disorder (SAD) or social phobia is one of the most frequent psychological disorders in the Spanish adolescent population. Currently, the number of cases of adolescents with some type of anxiety disorder has increased since the start of the COVID-19 pandemic. In addition, the constant use of social networks during the period of confinement aggravated this situation, favoring greater tendencies towards social isolation, fear of relating to others, peer comparisons, complexes, etc.

The main objective of this work was to address the problem of social anxiety disorder in the adolescent population using the Gestalt Therapy approach. Rather than focusing on suppressing the symptom itself (social phobia) through behavioral change, as the Cognitive-Behavioral approach would do, Gestalt Therapy aims to work together

with the patient to discover and dismantle those neurotic mechanisms that have led the patient to suffer from anxiogenic symptomatology in social situations. The ultimate goal of Gestalt is for the adolescent to become aware of the thought processes and thus provoke a deeper and longer lasting change in the patient by delving into the root of the problem.

Key words: Social anxiety, adolescents, risk factors, Gestalt Therapy, neurotic mechanisms.

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad social (TAS), también denominado fobia social (FS), es actualmente una de las patologías infantojuveniles más diagnosticadas en España (Orgilés et al., 2012), entendiendo la adolescencia, como indica Borrás (2014), en el rango de edad que abarca desde los 10 hasta los 19 años y que se podría dividir en dos etapas: adolescencia temprana (10-15 años) y adolescencia tardía (15-19 años).

Estudios epidemiológicos de Echeburúa y Corral (2009), citado en Orgilés et al. (2012), demuestran que los trastornos de ansiedad son los diagnósticos más frecuentes en adolescentes españoles atendidos en Salud Mental. Se hace hincapié también en los estudios de Cárdenas et al. (2010) en el que se estima que entre el 15 y 20% de adolescentes tienen un trastorno de ansiedad. Si este porcentaje de por sí puede llegar a resultar alarmante, la Asociación Española de Pediatría (AEP) (2022) ha realizado un reciente comunicado el día 26 de enero de 2022 sobre el incremento de suicidios en niños y adolescentes tras la pandemia por COVID-19. Mediante la constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar de Salud Mental, este comunicado afirma que se ha producido un mayor deterioro de la salud mental, así como un incremento de ideación, intentos y actos suicidas, especialmente en los adolescentes, algo que está teniendo una elevada repercusión en los medios de comunicación.

Los datos anteriores a la pandemia reflejaban que el 30% de los menores habían pensado en el suicidio, el 10% lo había llegado a intentar y un 2% había requerido atención médica. Tras la pandemia, se ha producido un incremento en todos los porcentajes que se acaban de mencionar. Por ejemplo, la Fundación ANAR ha recibido un 145% más de llamadas de ideas e intentos suicidas respecto a 2020. Además, en este mismo año, ya se contabilizaron el doble de suicidios producidos en menores de 15 años respecto al 2019. A esto hay que sumarle que, sobrepasada esta edad, el rango de

adolescentes de entre los 15 hasta los 29 años el suicidio supone la segunda causa de muerte, estando únicamente por encima los tumores malignos. Gallagher et al. (2014) han concluido que el sentimiento de soledad es uno de los síntomas, entre otros muchos, que puede tener influencia en las ideaciones suicidas, que coincide con lo que experimentan las personas con TAS, es decir, hay mayor probabilidad de que a más sentimiento de soledad percibida por la persona con fobia social, mayor riesgo de que ésta piense en el suicidio (Galvis et al., 2019).

De acuerdo con Viejo y Ortega-Ruiz (2015) y Galvis et al. (2019), la adolescencia como periodo evolutivo vital, es un factor de riesgo crítico en la aparición de este trastorno ya que resulta una etapa donde se producen muchos cambios al mismo tiempo, tanto a nivel físico: el aumento de caderas y pecho en las mujeres, el cambio de tono de voz en los hombres, la aparición de acné y bello corporal, etc., como a nivel psicológico: orientación sexual, personalidad, autoestima, capacidad de relación con iguales, etc. que se van forjando con las experiencias que se van teniendo. Esto hace que resulte más fácil que surjan malestares o problemas a nivel psicológico, pues coincide que es la etapa en la que los individuos tienen un mayor temor a una valoración negativa y al rechazo del grupo dada la enorme importancia que tiene para el adolescente estar incluido en un grupo social y sentir que forma parte de algo junto a otros. Es por esto, que los adolescentes se muestran más receptivos ante las valoraciones que hacen los demás de ellos, muy relacionado con una serie de factores de riesgo que mencionaremos más adelante en este trabajo, pero fundamentalmente, el incremento reciente del consumo de redes sociales.

García-López (2007), mencionado en Beesdo-Baum et al. (2012) indica que resulta fundamental intervenir lo antes posible ya que, a pesar de ser un trastorno que aparece en edad temprana, si no se trata, puede desarrollar un curso crónico y afectar gravemente en todos los ámbitos de la persona, tanto a nivel individual, con una baja autoestima y autoconcepto de sí mismo, como a nivel relacional, en el trato con los demás, etc.

El presente trabajo pretende abordar la problemática del trastorno de ansiedad social en población adolescente desde el enfoque de la Terapia Gestalt. Para ello, se quiere explorar cómo mediante las herramientas y los conceptos que se manejan en este tipo de terapia, podemos ayudar a los adolescentes a detectar cuál es la raíz del problema para ver qué ha podido provocar ese miedo y malestar, que en la actualidad, está siendo tan frecuente en esta etapa de vida y, especialmente, tras haber pasado por una pandemia mundial en el que en muchos casos, incluía un confinamiento de varios meses

en condiciones poco favorables para un bienestar físico, pero sobre todo mental, y ayudarles a superarlo.

Con este fin, se han especificado cuatro objetivos más concretos que alcanzar en el desarrollo de este trabajo, que son:

- En primer lugar, familiarizarse con la definición del trastorno de ansiedad social y poder diferenciarlo de otras cuestiones (la ansiedad en sí, timidez, introversión, miedo...).
- En segundo lugar, explorar cuales son los principales factores de riesgo de padecer un TAS en la realidad actual de un adolescente.
- En tercer lugar, conocer cómo ha afectado la pandemia por COVID-19 y la alta presencia de Internet y las redes sociales en los adolescentes y qué riesgos conllevan.
- En cuarto lugar, descubrir cuáles son los mecanismos neuróticos que hay de fondo en el “enfermar” o malestar psicológico y analizar esos procesos de pensamiento bajo la mirada de la Terapia Gestalt, para que los adolescentes no sólo sean capaces de resolver su malestar existencial sino también asegurar una prevención ante la fobia social enseñando y potenciando en el joven habilidades y destrezas específicas necesarias con el fin de que pueda alcanzar una madurez y crecimiento personal pleno una vez finalizada la terapia.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Terapia Gestalt

La Terapia Gestalt fue desarrollada por Friedrich Solomon Perls (1893-1970) y está enmarcada dentro de las Psicoterapias Humanistas, donde Fritz Perls realizó grandes aportaciones. El enfoque Humanista, en psicología, se concibe como una de las 3 grandes fuerzas junto con el Psicoanálisis y el Conductismo, teorías más objetivas y centradas en el síntoma y no tanto en el proceso. Esta corriente humanística sobre la que se fundamenta la Gestalt, pone en el centro a la persona (visión holística e integradora del hombre) y le dota de responsabilidad de ser, de libertad para tomar decisiones, y tener el potencial para llevarlas a cabo (autodeterminación para el cambio). Las personas estamos continuamente en desarrollo y tendemos hacia la autorrealización en una continua interacción con el

ambiente, el cual influye, pero no determina al individuo (concepción sistémica e interaccional con los demás) (Rosso y Lebl, 2006).

La etiología de la Terapia Gestalt está relacionada con la vida de su fundador, Fritz Perls, quien inicialmente se forma en el psicoanálisis freudiano (conocimiento de las neurosis y mecanismos neuróticos), pero que, al ir trabajando a lo largo de su vida con otros autores con visiones diferentes a las suyas, van influyendo en su modo de observar al individuo. Se puede destacar, entre otros a Goldstein, de quien coge muchos conceptos de la psicología de la forma, Wilhelm Reich quien le da bastante importancia al cuerpo y al lenguaje no verbal, el sustrato teatral de Reinhardt, corrientes orientales y, sobre todo, la filosofía existencialista y la fenomenología de Husserl, que le llevan finalmente a separarse del psicoanálisis y a crear la Terapia Gestalt. (Velásquez, 2001).

Tal es la influencia del existencialismo y la fenomenología, que Perls fundamenta gran parte de la Terapia Gestalt en ello. Trabaja la experiencia interna del individuo haciéndola consciente. Se trata de un “*darse cuenta*” (*awareness*) de mis sensaciones única y exclusivamente en el <<aquí y ahora>> presentes. La terapia Gestalt solo recurre al pasado para entender el origen de las experiencias vividas en el presente y mira al futuro como proyección donde llevar a cabo las metas que se quieren lograr (Velásquez, 2001).

2.2. ¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad es un concepto muy utilizado en la vida cotidiana de las personas. De hecho, Gutiérrez y Moreno (2011) señalan que algunos expertos confirman que cuatro de cada diez personas experimentan sintomatología ansiógena. Resulta complicado definir este término ya que su significado ha ido evolucionando según las corrientes psicológicas (Psicoanálisis, Cognitivo-Conductual, Humanista...) que iban cobrando más popularidad a lo largo de la historia. Esto ha derivado a una multitud de interpretaciones dependiendo del enfoque teórico desde el que se pretende abordar (Sierra et al., 2003).

La ansiedad es una emoción natural, útil y necesaria que experimenta todo ser humano ante la percepción de una amenaza o peligro real que pone al cuerpo en estado de alerta y vigilancia y le prepara para reaccionar. Se trata de una respuesta de adaptación de la especie humana para su supervivencia ya que moviliza para la huida, el ataque, pedir ayuda o prepararnos para afrontar con éxito una situación amenazante o peligrosa. (Gutiérrez y Moreno, 2011; Sierra et al., 2003).

El problema surge cuando esta respuesta del organismo alcanza niveles de intensidad, frecuencia o duración desproporcionados o cuando se activa ante un objeto o situación que no supone un peligro real para la persona. Esto es lo que les ocurre a las personas que padecen un trastorno de ansiedad, que generan respuestas desadaptativas (patológicas) que bloquean la manera racional y deseable de actuar del individuo. (Gutiérrez y Moreno, 2011; Sierra et al., 2003).

Síntomas

La sintomatología ansiógena aparece en tres esferas de nuestro organismo, en el plano fisiológico, psicológico y motor. Por un lado, los síntomas fisiológicos se producen por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo (Buela-Casal et al. 2011). Destacamos: las taquicardias o palpitaciones, la falta de aire, dolor de estómago, diarrea, mareos, sudoración, dolor de cabeza, rigidez muscular, etc. Por otro lado, los síntomas psicológicos se definen por una sensación de: agobio, miedo, inquietud, incapacidad, inseguridad, falta de concentración, dificultad para decidir, pensamiento obsesivo, pensamiento negativo de inferioridad, despersonalización, etc. Y finalmente, los síntomas motores, que son conductas que realizamos potenciadas por la ansiedad como pueden ser: fumar o beber en exceso, comer en exceso o no comer, piernas y manos inquietas, movimientos torpes, temblor, evitación de ambientes, ausencia de apetito sexual, etc. Cuando padecemos ansiedad los síntomas aparecen en cada una de estas tres esferas (Galvis et al., 2019; Gutiérrez y Moreno, 2011; García-López et al., 2008; Sierra et al., 2003).

El papel de la genética y el aprendizaje en la ansiedad

Hay personas que genéticamente tienen una predisposición a padecer trastornos de ansiedad que afectan al sistema nervioso central simpático y parasimpático (Gold, 2006). Esto a pesar de ser un factor influyente, no tiene por qué ser determinante. Por lo general, es la propia experiencia de la interacción de la persona con su contexto donde se aprende qué resulta peligroso o amenazante para su vida. En ocasiones incluso no es necesario que sea la propia persona la que experimente ese malestar, sino que únicamente mediante la observación de otras personas es suficiente para que se dé la ansiedad (Gutiérrez y Moreno, 2011; Sierra et al., 2003).

Una persona con una tendencia a padecer ansiedad y que no haya tenido que enfrentarse a situaciones displacenteras o amenazantes puede no desarrollar esta patología. Y, sin embargo, alguien que no tiene este rasgo genético pero que ha vivido

situaciones difíciles para los que no se tenían los recursos de afrontamiento necesarios, puede llegar a padecer este trastorno (Gutiérrez y Moreno, 2011).

Ante una situación ansiógena, el cerebro de una persona guarda ese momento como peligroso o amenazante. Esto hará que cuando se repita una situación similar, se active el mecanismo de alerta que lleva a anticipar esa ansiedad ante la posibilidad de que se vuelva a repetir el suceso que la provocó. Por eso, estas personas evitan volver a enfrentarse a la situación temida y lejos de superar el problema, se agrava ya que los niveles de ansiedad aumentarán cuando la situación que la producía tarde o temprano se repita (Gold, 2006).

2.3. ¿Qué es el trastorno de ansiedad social?

Entre todos los tipos de trastornos de ansiedad, este trabajo se centrará en el Trastorno de ansiedad social que, es definido por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en el DSM-V como:

Miedo o ansiedad intensa ante una o varias situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas). Este miedo o ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural y dura a típicamente seis o más meses (APA, 2013).

Se considera necesario resaltar la diferencia que realizan Gutiérrez y Moreno (2011) entre la timidez y la fobia social puesto que son conceptos que se pueden confundir. La clave reside en el grado de ansiedad experimentada ante la situación social en concreto. La persona tímida puede experimentar cierto nivel de incomodidad al relacionarse socialmente, pero esto no le llega a impedir una vida personal, social y laboral deseable. Sin embargo, la persona con fobia social experimenta una sensación de ansiedad y cuadro patológico de malestar general que le incapacita e invalida un comportamiento deseable cuando se enfrenta a las situaciones.

Se pueden distinguir dos subtipos dentro del trastorno de ansiedad social: el generalizado y el específico o no generalizado. El primero refiere a una fobia social en todo tipo de situaciones sociales como pueden ser: mantener una conversación, que te observen comiendo, ir a fiestas, usar baños públicos, hablar con una persona del otro sexo, una persona atractiva o una figura de autoridad, ligar, hablar en público, entrar a una sala

donde ya haya gente dentro, etc. (Gold, 2006; Galvis et al., 2019) mientras que el segundo solo se circunscribe a una situación social concreta. Entre estos dos subtipos, el más difícil de tratar es el TAS generalizado ya que resulta más grave e incapacitante para el desarrollo individual y social de la persona (García-López et al., 2008; García-López et al., 2006; Luterek et al., 2003).

2.4. Factores de riesgo de un TAS

Estudios epistemológicos indican que, entre los trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad social se encuentra entre los más comunes en la etapa vital de la adolescencia (Ranta et al., 2015). En España en concreto, entre el 5,5% (García-López et al., 2014) y el 12,06% (Inglés et al., 2008) de los jóvenes padecen un TAS.

Individuales

Una de las cualidades más comunes en personas con ansiedad social es un autoconcepto o autoestima negativa de sí mismos en varios aspectos. La autoestima es la percepción u opinión que se tiene de uno mismo. Es una valoración subjetiva que se va forjando desde los primeros años de vida y que puede ir variando según las experiencias vitales de interacción con los demás junto con la manera de afrontar los éxitos y fracasos vividos (Delgado et al., 2013).

Por tanto, una baja autoestima parece ser el factor más predictivo de padecer fobia social en algún momento de la vida. Gómez-Ortiz et al. (2016) hacen referencia a que aquellos individuos con una peor visión de sí mismos en varias áreas de su vida, tienen una mayor probabilidad de que padezcan fobia social. Ante situaciones sociales, aquellas personas que tienden a sentirse inferiores a los demás, inútiles, tontos, torpes, etc. hay un mayor riesgo a que su interacción con los demás se vea afectada y por tanto una alta probabilidad de que la persona sienta ansiedad y malestar al relacionarse y tienda al aislamiento o evitación a relacionarse con otros. Estos autores mencionan el estudio de Delgado et al. (2013) ya que mantienen esta idea de que los adolescentes que tienden a pensar de forma negativa sobre sí mismos a la hora de relacionarse con los demás, tanto del mismo sexo como del sexo contrario, tienen un mayor riesgo de padecer ansiedad social.

Al tener un bajo concepto de uno mismo la persona presupone que esa misma opinión de sí mismo también la tienen los demás, por lo que esto influirá negativamente en su manera de actuar al relacionarse, por ejemplo, de forma más tímida y seria (Gómez-

Ortiz et al., 2016). Esto, en los otros, generará rechazo hacia la persona que influirá en la manera en que se comportarán con ella confirmándose y aumentando las creencias negativas que la persona tenía en un principio. Este bucle de reacciones recibe el nombre de Profecía autocumplida o Efecto Pigmalión que comienza con unas bajas expectativas sociales propias que provocarán un comportamiento que es rechazado por los demás confirmándose así la mala percepción de sí mismo a la hora de relacionarse generando ansiedad, desagrado y deseos de evitar las relaciones sociales (Suanes, 2009; Ceballos, 2019).

En el lado opuesto, Moreno y Gutiérrez (2011) han encontrado una relación inversa entre aquellos jóvenes que destacan tanto en actividades académicas como deportivas y padecer ansiedad social. De igual forma, también hay una menor probabilidad de padecer TAS si la persona goza de una buena autoestima y habilidades sociales que le permiten adaptarse a situaciones sociales de forma adecuada y positiva. Por otro lado, Gómez-Ortiz et al. (2016) mencionan el estudio de Delgado et al. (2013), en el que encontraron una relación inversa entre tener habilidades sociales, como por ejemplo, la asertividad, y poseer un TAS. Éstas suponen herramientas o formas positivas de relación en los encuentros con los demás.

Otras de las características individuales que mencionan Cárdenas et al. (2010), Gómez-Ortiz et al. (2016) y Tayeh et al. (2016), es la inhibición conductual como factor de riesgo en padecer fobia social. Esto hace referencia a aquellos individuos que se muestran temerosos y pudorosos ante la novedad o situaciones nuevas, de exploración y que, por tanto, deciden no enfrentarse a ellas evitándolas, como puede ser las relaciones sociales.

En cuanto al tipo de personalidad, existen una serie de características que aumentan notablemente la probabilidad de desarrollar un TAS. Aunque hay una amplia gama de éstas, el presente trabajo va a abordar tres de ellas. La primera, son aquellos individuos con falta de asertividad, esto significa que en su relación con los demás o bien tienden hacia la sumisión o, por el contrario, a su polo opuesto, la agresividad. Ambos extremos dificultan una sana manera de socializar. Por un lado, una persona sumisa es aquella que, por evitar conflictos, no pone límites o no pone de manifiesto su opinión y cede ante la voluntad u opinión de otros antes que los propios, ocupando una posición inferior en sus relaciones. Por otro lado, en su polo opuesto, se encuentra aquella persona que busca imponer su voluntad u opinión en todos los casos, teniendo o no razón y optando por una actitud hostil cuando no lo consigue. La asertividad, ocupa un lugar

intermedio. Ser asertivo supone tener la capacidad de comportarse ante cualquier situación de manera adecuada, sabiendo expresar la opinión propia sin querer imponerla ni tampoco quitándole valor y cediendo ante las otras opiniones ajenas para evitar el conflicto (Gutiérrez, y Moreno, 2011).

Las dos últimas características de la personalidad que tienen una mayor probabilidad de desarrollar en un futuro una fobia social son la timidez y la introversión. Aunque ambas pueden resultar muy similares y tender a la confusión, son distintas. La diferencia entre ambas es que la persona tímida es aquella que le produce cierta incomodidad y miedo el relacionarse con otras personas, sobre todo, aquellas desconocidas, mientras que una persona introvertida es aquella que simplemente prefiere desarrollar actividades menos sociales porque disfruta más de actividades más solitarias. La persona introvertida en cambio no sentiría angustia, es más una cuestión de elección, opta por no relacionarse mucho. Por ejemplo, prefieren leer un libro a quedar con un grupo de gente o ir a una fiesta (Gutiérrez y Moreno, 2011).

Etapa de la adolescencia

La adolescencia como etapa evolutiva resulta un factor de riesgo para la ansiedad social (Gómez-Ortiz et al., 2016). De hecho, es el periodo vital con mayor prevalencia de casos ya que en esta etapa, los jóvenes están forjando su identidad, todavía no tienen una idea clara de cómo son y que imagen tienen los demás de ellos. Por ello, se muestran excesivamente receptivos a las opiniones y al trato que reciben del resto, lo que además, es de gran importancia para ellos ya que parte de la autoestima y autoconcepto de uno mismo se forja en base a experiencias sociales, y en la adolescencia, sobre todo, con sus iguales (Galvis et al., 2019 y Gómez-Ortiz et al., 2016). Como indica García-López (2007), mencionado en Beesdo-Baum et al. (2012), si esto no se trata en el adolescente, puede derivar en consecuencias muy negativas y desembocar en un trastorno crónico.

En este momento, cobra mucha importancia la popularidad o éxito social entre pares. Esto viene por la doble necesidad que tienen las personas de pertenencia a un grupo y de sentimiento de identidad. La pertenencia a un grupo social define, en mayor o menor parte, como somos, quienes somos, que nos gusta, etc., es decir, nuestra identidad (Romera et al., 2021).

Por último, uno de los ámbitos más importantes y definitorios en el adolescente es el académico. El fracaso escolar también está relacionado con una mayor probabilidad de ansiedad social ya que acaba afectando a la autoestima pudiéndose ver como diferente

e incluso inferior al resto de sus compañeros a nivel intelectual, y por ende, afectando también a su percepción de sí mismo que acaba influyendo inevitablemente en su relación con otras personas (Gómez-Ortiz et al., 2016).

Estilos educativos parentales

El estilo de crianza de los padres predice de forma significativa el posible desarrollo de un TAS en la adolescencia. A pesar de que el factor genético sea influyente, la disciplina parental puede determinar y modificar tanto positiva como negativamente la socialización y el desarrollo de habilidades sociales en la adolescencia (Espinosa-Fernández et al., 2016; Gómez-Ortiz et al., 2016).

Hay muchas variables que pueden afectar negativamente en este aspecto. Algunas de ellas son: hábitos de vida poco saludables de los padres como puede ser el abuso de sustancias nocivas (alcohol, drogas, juego...) ya que se interponen en la consecución de una relación familiar saludable. También se encuentra una clara relación entre adolescentes con TAS y padres con una baja dedicación en la vida diaria de los hijos y una escasa vinculación afectiva (Gómez-Ortiz et al., 2016). Además, como se indica en los artículos de Cárdenas et al. (2010) y Gold (2006), la sobreprotección parental excesiva en la que se inculcan miedos exagerados a lo desconocido o situaciones cotidianas de aprendizaje, como por ejemplo, abusando de expresiones: “cuidado con...” o “esto es peligroso” tampoco resulta beneficiosa ya que pueden llevar al adolescente a tener un bajo nivel de autonomía y dificultad para relacionarse. Espinosa-Fernández et al. (2016) y Zubeidat et al. (2008) destacan como otro factor de riesgo, crecer en una familia poco sociable pues el adolescente verá como algo común una escasa relación con los demás y no verá tan necesario relacionarse socialmente. Finalmente, el TAS se puede ver agravado cuando los padres reaccionan de forma negativa criticando y mostrándose disgustado ante la actitud del adolescente.

Varios estudios afirman que existe una relación inversamente proporcional entre ciertas actuaciones parentales y el desarrollo de un TAS en los hijos (Espinosa-Fernández et al., 2016; Gómez-Ortiz et al., 2016). Desde que el niño es pequeño, los padres deben de fomentar de forma razonable que se relacione en varios ámbitos como por ejemplo, apuntándole a actividades de grupo, deportes, juegos colectivos en el parque, cumpleaños, etc. incrementando la interacción con otros niños y una mayor socialización (Zubeidat et al., 2008). Igual de importante es que los padres refuercen positivamente a los hijos cuando realicen conductas de socialización con técnicas de recompensa como pueden ser:

elogios, muestras de aceptación o alegría por ellos, o en definitiva, entusiasmo por esa acción. Un factor muy importante es el tiempo empleado de los padres en estar presente en la vida de su hijo a la hora de luego poder entenderles, apoyarles y ayudarles. Hay que observar la evolución de la conducta del niño para tener un nivel de implicación parental coherente y sensato acorde a cada momento y personalidad del hijo, es decir, ni sobre implicarse emocionalmente y estar muy encima del hijo ni lo contrario, no atender a sus necesidades o debilidades. En definitiva, lo más adecuado sería supervisar positivamente al adolescente intentando conseguir un equilibrio entre autonomía y libertad de actuación y autorregulación y responsabilidad (Gómez-Ortiz et al., 2016).

Internet y Redes sociales (Instagram y Tik Tok)

Echeburúa y de Corral (2010) mencionan el estudio realizado por la Fundación Pfizer (2009) en el que demuestra que un 98% de los jóvenes españoles (entre 11 y 20 años) hacen un uso diario de Internet y redes sociales. A pesar de que las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) tienen enormes beneficios a nivel relacional, académico, consultivo, etc., también pueden suponer un grave problema de adicción cuando la frecuencia de uso y tiempo dedicado aumentan tanto que se dejan de realizar actividades propias de la vida cotidiana y se disminuye el interés por el ocio activo. Además, la adicción a Internet está altamente relacionada con el aislamiento social.

Teniendo en cuenta que las personas con TAS recurren al mecanismo de evitación ante situaciones sociales, la tecnología les brinda una vía de escape de muy fácil alcance (Gold, 2006). Existen ciertas herramientas tecnológicas que pueden ser usadas para disimular y ocultar los defectos que ellos detectan como negativos de sí mismos, ya que, al no tener un contacto personal, pueden ocultar su edad pareciendo más maduros, su físico aplicando filtros o usando editores de fotos que anulen su aspecto real, complejos y dificultades para relacionarse, etc. (Harman et al., 2005). Las redes sociales les permiten mostrar una imagen virtual y no real, mostrándose como quisieran ser y no como realmente son. Con esto, su atención se dirigirá, por ejemplo, a cosas como el número de seguidores de su perfil o *likes* obtenidos, en las que basarán su autoconcepto, autoestima, así como sensación de éxito social y personal (Echeburúa, 2012). Es decir, cobrará más importancia una realidad virtual paralela, en vez de centrarse en lo que ocurre en su relación con los demás en el mundo real.

Esto no acaba sino agravando su problema entrando en un bucle de evitación y temor a las situaciones sociales cara a cara provocando una adicción al uso de redes

sociales o Internet que lo calma consiguiendo únicamente, una sensación de comodidad y seguridad detrás de la pantalla (Echeburúa, 2012).

Pandemia COVID-19

Según los datos recogidos por la agencia de noticias AFP (2020), Ballesteros (2020) afirma que el uso de redes sociales aumentó de forma considerable durante la pandemia global por COVID-19 provocado, en muchos casos, por aburrimiento o por ser el único medio de socialización posible. Por este motivo, ante la imposición de tener que pasar meses encerrados en casa sin opción a relacionarnos con aquellos que no fuesen del mismo núcleo familiar, tuvimos que digitalizar nuestro estilo de vida en numerosos ámbitos: medios de relación, formas de trabajo y compra, búsqueda de entretenimiento, etc. (Quiroz, 2020) y que, en cierto modo, se han asentado tras el confinamiento ya que muchas personas se han quedado estancadas en la rutina digitalizada (Cervantes y Chaparro-Medina, 2021).

En el artículo de Ballesteros (2020) se menciona la red social Tik Tok como la aplicación de mayor éxito y uso con gran diferencia durante el confinamiento llegando, según AFP, a las 65 millones de descargas a nivel mundial. Resulta destacable señalar que esta red social está protagonizada en su gran mayoría por jóvenes (Digital Trends, 2020; Parra, 2020, Mo 2020). GSM (2020) indica que uno de cada dos usuarios de Tik Tok tiene menos de 29 años. Una de las claves de su éxito es el algoritmo que usa. Entre las variables que se tienen en cuenta para este algoritmo, existe la hipótesis de que se de más visualizaciones a aquellos videos de personas que cumplen con unos estereotipos de belleza idealizados (Quiroz, 2020).

2.5. El trastorno psicológico desde el enfoque gestáltico

La herramienta más importante del terapeuta humanista es él mismo y su autenticidad. Debe mostrarse de forma genuina y natural con el paciente y mantener una relación de igual a igual, evitando adoptar una postura demasiado profesional y lejana mediante teorías e interpretaciones complejas, estando dispuesto a escuchar y aceptarle de forma incondicional. Esto es de suma importancia ya que la alianza terapéutica va a favorecer la autoexpresión, va a ayudar a la comprensión del bloqueo y va a dar lugar a la catarsis de sentimientos (Rodríguez, s.f.). A pesar de la importancia del dialogo, Batista y Arlein (2019) indican que se pueden utilizar diversas técnicas para complementar el proceso como: ejercicios de silla vacía, dramatización, focalización en el cuerpo, etc. En

Gestalt más que hablar de algo, se experimenta. La experiencia es lo más importante, experimentar en nuestras propias carnes es lo que provoca el cambio. Además, la Terapia Gestalt no es solo una terapia para aliviar un sufrimiento, sino que también es una herramienta de crecimiento personal para todo el mundo ya que es un nuevo enfoque de entender la vida y responsabilizarse (Herrera et al., 2018).

Como se mencionan en los artículos de Pérez (2009) y Rodríguez (s.f.), el enfoque Gestalt considera que la raíz del trastorno psicológico y del malestar es la incapacidad para integrar las diversas partes de la persona en un todo saludable. Por tanto, una persona sana es aquella que unifica el pensar, el sentir y el hacer, capaz de organizar y satisfacer sus necesidades en función de prioridades. La salud, por tanto, no es solo ausencia de enfermedad, sino la capacidad de ir creciendo y ampliando nuestros recursos y poder afrontar las crisis. El poder del cambio está en el presente, con los recursos que se tengan en ese momento, pues el pasado es un recuerdo y el futuro una proyección, todo ocurre en el aquí y ahora.

Martín y de la Rosa (2011) destacan que todo aquello que no permita asimilar las experiencias, la Gestalt lo llama neurosis y engloba a todos los mecanismos que hacen que la persona no experimente la realidad con plenitud. El fin de la terapia es que el paciente llegue al “*awareness*”, es decir, al “*darse cuenta*” de qué procesos son los que le llevan a hacer lo que hace y comprender cuál es la dificultad del problema. Este “*darse cuenta*” puede dividirse en tres partes: lo que pasa dentro del cuerpo, lo que se experimenta respecto a lo externo, y lo intermedio, es decir, lo que la persona piensa y genera en su fantasía que puede ser útil o que entorpezca.

El ciclo de satisfacción de necesidades

Como afirman Martín y de la Rosa (2011), el organismo mismo tiende a crecer y autorregularse y es la propia persona, con sus mecanismos neuróticos, la que lo bloquea. Con el fin de organizar y aportar un mejor entendimiento del proceso de autorregulación descrito por primera vez en 1951 por Perls, Goodman y Hefferline, en 1979 Joseph Zinker, discípulo directo de F. Perls, crea el ciclo de satisfacción de necesidades, también llamado ciclo de la experiencia o ciclo gestáltico, herramienta principal con la que se trabaja en Gestalt. Es un proceso dividido en siete fases, en el que se describe cómo una necesidad emerge y lucha por su satisfacción, pues en Gestalt, se entiende que toda necesidad tiende a satisfacerse.

Un hecho irrefutable es que el ser humano tiene necesidades, y el equilibrio no se consigue reprimiendo la necesidad sino satisfaciéndola. Por tanto, el ciclo de las necesidades descrito por Joseph Zinker sería el camino que sigue una gestalt hasta completarse. Como indica Ceballos (2019), la necesidad abre una gestalt y desaparece cuando esta queda satisfecha pues la atención se dirigirá a otro lugar. Los seres humanos estamos constantemente relacionándonos con el ambiente abriendo y cerrando ciclos, ya puede ser el ciclo de inspiración y expiración de la respiración, el de tener hambre y comer, tener sed y beber, sentir enfado y resolver el conflicto, etc. Rodríguez (s.f.). indica que, si cuando aparece, resulta inaceptable e incongruente con aspectos identitarios de la persona, se reprime, quedando esa necesidad inconclusa ya que no se puede cerrar un ciclo quedando pendiente sin permitir que se cierren los demás. Por tanto, la persona sana es aquella capaz de experimentar una sucesión ininterrumpida de gestalts.

La persona parte de un estado de reposo. Sin embargo, a medida que nos relacionamos vamos experimentando sensaciones tanto físicas como emocionales (sensación). Esto nos da la clave de lo que el organismo está necesitando, es decir, se toma consciencia sobre lo que está pasando (darse cuenta). Al detectarlo, se genera la energía suficiente (energetización) para llevar a cabo una acción que resuelva esa necesidad (contacto) y así se cierre el ciclo de la gestalt (retirada) y se vuelva al estado de reposo (Martín y de la Rosa, 2011).



Figura 1. Ciclo de satisfacción de necesidades. Fuente: elaboración propia a partir de Joseph Zinker (1979).

Mecanismos neuróticos contemplados desde el ciclo de satisfacción de necesidades

La fobia social surge cuando se empieza a fantasear sobre las posibles consecuencias negativas futuras ante una situación que la persona considera amenazante, provocando que el grado de estrés aumente exponencialmente llegando a la ansiedad y la

evitación de aquellas situaciones (Ceballos, 2019). Estas amenazas irreales se consideran mecanismos neuróticos (desde el enfoque Cognitivo-Conductual, se les denominan distorsiones cognitivas), y son autointerrupciones del ciclo de satisfacción de necesidades que tenemos porque en el pasado nos sirvieron como mecanismos de seguridad y defensa pero que ahora en el presente, bloquean el paso de una etapa a otra pues resultan excesivos, inoportunos o inútiles (Ceballos, 2019; Herrera et al., 2018; Martín y de la Rosa, 2011).

La terapia Gestalt reconoce gran variedad de mecanismos neuróticos. El presente trabajo va a limitarse a explicar únicamente los seis que Joseph Zinker menciona de forma paralela a las siete fases del ciclo de satisfacción de necesidades. En primer lugar, entre las primeras dos fases, en las que la persona pasa de estar en un estado de reposo, a percibir una sensación, puede aparecer el mecanismo de desensibilización. Rodríguez González (s.f.) refiere que éste supone el bloqueo de las emociones, es decir, no sentir lo que viene del organismo. En Gestalt se trabaja mucho la localización de la emoción porque la persona que utiliza este mecanismo, no se permite experimentar cierta sensación, impidiendo así que se realice la satisfacción de esa necesidad. Aunque el no sentir o padecer ciertas emociones en ocasiones puede resultar beneficioso, el problema surge cuando la persona lo tiene incorporado inconscientemente a su modo de actuar frente a ciertas situaciones, pues le va a imposibilitar relacionarse en muchos ámbitos de su vida. Lo que hay detrás de este mecanismo suele estar relacionado con un temor a sufrir o a que le hagan daño. Normalmente, cuando se trabaja con este tipo de personas en Gestalt, el individuo empieza a conectar con momentos de su vida que estaban prácticamente olvidados, donde se generó esa coraza. Para desentrañarla, se requerirá de mucho tiempo y una buena alianza terapéutica para que la persona que nunca se abre a esos sentimientos o sensaciones, lo haga.

Ceballos, (2019), Pérez Lizeretti (2009) y André Sassenfeld (s.f.) indican que la Terapia Gestalt viene a ampliar el conocimiento sobre la ansiedad y nos explica que ésta se genera cuando intentamos evitar o bloquear una emoción real pero no deseada por el individuo porque es percibida como peligrosa, como pueden ser el miedo, el enfado, la tristeza, la vergüenza, el deseo sexual, etc., que la persona siente como incómoda o que no puede gestionar, por lo que el organismo generará una respuesta y una serie de mecanismos para evitar esa emoción primaria no deseada como por ejemplo: comer mucho, pensamientos repetitivos, insomnio, etc. que “luchan” con su aparición contra la emoción primaria y así evitar sentirla, dando lugar a la ansiedad. En definitiva, lo que está

generando ansiedad en esta segunda situación, es que en un primer lugar, estamos experimentando una emoción primaria la cual rodeamos de unas creencias infundadas que para la persona son un estímulo peligroso como: “no puedo”, “debería hacer...”, “no debería sentir...”, “no siento...” y ante esto, el organismo intenta hacerse cargo de ella, pero de forma ineficiente ya que no puede autorregularse mediante un consumo excesivo de comida, palpitaciones fuertes...

El problema de la ansiedad es que, en este caso, no es una necesidad primaria sino el resultado de haber bloqueado una emoción primaria, es decir, es una experiencia secundaria imaginaria, por lo tanto, si se intenta resolver la ansiedad directamente, estos van a ir dirigidos a distraerla o a evitarla, pero en ningún caso a poder completarla o poder satisfacerla. En este sentido, existe una confusión con la ansiedad porque los síntomas ansiógenos que experimentamos no tienen que ver con lo que realmente necesita la persona, tendremos que ir a la raíz del problema (Pérez, 2009).

Después, destacaríamos la proyección. Aquel mecanismo que surge entre que percibimos cierta sensación y se toma consciencia de ella. Es aquel en que una persona atribuye o coloca fuera, algo “malo” que no le gusta de sí mismo. Una situación cotidiana en el que se puede identificar fácilmente este mecanismo es cuando se presenta por primera vez en un grupo de gente y sin haber hablado con nadie, se enfada o le molesta mucho algo de algún miembro que ni si quiera conoce. En este caso, seguramente no es que esa persona haya hecho algo malo, sino que es la propia persona la que ha reflejado algo suyo indeseable en el otro. Para la persona es difícil responsabilizarse de esa cualidad, pues implica mirar su propia sombra. Por tanto, si se tiene muy integrado este mecanismo, resulta complicado que la persona se de cuenta de lo que le pasa, de lo que siente y de su sufrimiento pues, aunque está sintiendo algo, se da cuenta de que tiene una necesidad, pero no llega a identificar el qué porque lo está poniendo fuera e intentará resolverlo con otras maneras que no le van a satisfacer. Es importante que tomemos consciencia de si nuestras sensaciones son por algo nuestro y no del otro (Martín y de la Rosa, 2011).

Entre la toma de consciencia y la energetización requerida para lograr la acción, surge la introyección. Éste se considera uno de los mecanismos de defensa más importantes que interrumpen el ciclo de satisfacción de necesidades. Martín y de la Rosa (2011) y Rodríguez (s.f.) explican que los introyectos o creencias no ingeridas, son aquellas creencias que tienen que ver con la manera en la que hemos aprendido a cómo deberíamos sentir, pensar y actuar. Son creencias incorporadas en nuestra infancia y

juventud que normalmente recibimos de manera directa o indirecta de las figuras de referencia como pueden ser los padres o tutores. El problema con estos mandatos internos, no asimilados y reproducidos es que el individuo se ha identificado fuertemente con ellos sin haberlos discriminado, pues fueron asumidos como dogmas sin parar a reflexionar sobre ello. Sin embargo, en el presente, *en el aquí y ahora*, de la etapa adolescente o adulta ya no sirven pues son disfuncionales y nos hacen sentir mal. Por ejemplo, tener la creencia de que no está bien sentir miedo pues es una emoción que es solo para los débiles y, por tanto, tengo que mostrarme siempre fuerte. Por último, señalar que actualmente existen grandes introyectos sociales que son comunes a la mayoría de las personas como pueden ser, por ejemplo, el perfeccionismo, la hiperproductividad, tener un gran currículum, el hecho de no tener que ser mediocre, el introyecto de que, si no consumimos experiencias no estamos disfrutando totalmente de la vida, etc.

La Terapia Gestalt ayuda a la persona a recuperar una imagen más real de sí misma, eliminar proyecciones de los demás y tomar consciencia de que lo que les sirvió a sus padres o tutores en algún momento, puede no ser operativo para uno mismo en el aquí y ahora presente. La terapia también enseña que muchas de las situaciones que el individuo cree que no puede manejar, son en realidad una falsa percepción de como son las cosas, cómo se deben sentir o hacer. En cuanto a los introyectos veremos en Terapia Gestalt si están formando parte de la estructura de la persona (Batista y Arlein, 2019).

Martín y de la Rosa (2011) exponen que la retroflexión es el mecanismo en el que las personas se hacen a sí mismas lo que querrían hacer con el otro. Por ejemplo, si una persona entra en conflicto con otra, en vez de hablar con ella y utilizar la energía activada (energetización) para tomar una acción, corta el contacto con esa necesidad y vuelve el enfado contra sí misma. Son frecuentes aquellas creencias del estilo: “me lo merezco” o “me aguanto” y sentimientos de rabia, culpa u odio contra sí, sin pasar por la otra persona por miedo a que esa conversación provoque un conflicto aún mayor. Supone una autoagresión ya que el individuo tiende a culpabilizarse a sí mismo para evitar conflicto con su entorno, impidiéndole actuar y expresarse.

La deflexión surge cuando la acción existe, pero no consigue su propósito y por tanto, no satisface la necesidad (contacto). Según Martín y de la Rosa (2011), la persona canaliza esa energía de manera no sea amenazante para sí, haciendo uso de la ironía, los chistes y el cinismo evitando el enfrentamiento. La persona aparentemente conserva las relaciones, pero por lo general, estas suelen ser frías pues no llega a mostrarse de manera

auténtica con los demás. Un ejemplo podría ser que la persona suele contar sus cosas dolorosas o que le entristezcan riéndose o empleando el humor.

En otras ocasiones, para no entrar en conflicto con figuras importantes, la persona debilita los límites de su yo. A esto se denomina confluencia, y es aquel mecanismo de defensa en el que la persona bloquea sus propias emociones colocándolas en un segundo plano y se fusiona con las de otra persona o grupo por una necesidad de pertenencia o miedo a un posible abandono: "tú mandas, acéptame, no discuto". Suele ser algo común, por ejemplo, en los padres con sus hijos. Supone el mecanismo psicológico de fusión en el que la tristeza y la alegría de los hijos serían también los suyos propios, sin límites entre sí mismo y otro u otros, como en proceso de simbiosis con esa otra persona o grupo. La persona confluyente confunde identidad con unión, no toleran las diferencias y exigen similitudes (Martín y de la Rosa, 2011).



Figura 2. Ciclo de satisfacción de necesidades y mecanismos neuróticos de cada fase.

Fuente: elaboración propia a partir de Joseph Zinker (1979).

2.6. Cómo se trata al individuo con ansiedad social desde la Gestalt

A pesar de que en la mayoría de los estudios realizados que abordan el problema de la ansiedad social hacen referencia a la utilización del enfoque Cognitivo-Conductual para su tratamiento (Luterek et al., 2003), este trabajo, en cambio, pretende mostrar una visión diferente de abordarlo haciendo más hincapié en los procesos mentales que han llevado al adolescente a padecer ese trastorno más que al síntoma, es decir, que a la ansiedad social en sí.

En Terapia Gestalt se considera la ansiedad como una respuesta somática ante una parte del individuo que está desintegrada, y como tal, se intentará descubrir que emoción evitada está sosteniendo todo este proceso (Rodríguez (s.f.)). Cuando el adolescente con TAS acuda a terapia (Gestalt) el terapeuta le proporcionará un espacio de seguridad y calma donde pueda conectar con su propio cuerpo y emoción, es decir, con lo que se está

intentando evitar y descubrir junto a él qué procesos y mecanismos neuróticos que hemos descrito anteriormente están bloqueando la autorregulación del individuo (Ceballos, 2019).

Como indican Batista y Arlein (2019), si queremos tratar el TAS de una persona que acude a terapia por primera vez, en primer lugar, es importante que el terapeuta facilite y guíe al paciente a parar, sentir y reconocer que está sufriendo esos síntomas. Una vez que el adolescente pueda llegar a contactar con esa emoción, pueden darse dos opciones. En primer lugar, que sea capaz de expresarla o, en segundo lugar, que se vea incapaz de gestionarla. En este último caso, lo que se hace es trabajar para ver qué creencias están sosteniendo esa estructura psicoemocional sacando a la luz todas esas fantasías que están evitando la satisfacción de la necesidad en tiempo presente (Ceballos, 2019). Es decir, el síntoma no es lo que vamos a trabajar en primera instancia, sino los procesos que se están dando ya que, aunque la sintomatología sea la misma o parecida, los procesos que llevan a ello serán diferentes en cada persona. Por esta razón, paciente y terapeuta, irán descubriendo qué mecanismos neuróticos han generado a la persona ese miedo para ir desmontándolos poco a poco a través de la terapia. Por ejemplo, habrá personas que estén muy identificadas con la idea de que tienen que enfadarse o de que tienen que estar tristes mientras que habrá otras que, todo lo contrario, sus creencias estén muy identificadas con la idea de que tienen que evitar el enfado o que la tristeza es una emoción peligrosa (Pérez, 2009).

Ceballos (2019) menciona que resulta importante analizar y descubrir junto con el paciente qué función está cumpliendo la ansiedad, es decir, por qué se da y qué es lo que teme o evita con ello. Identificar las causas que generan la sintomatología de la ansiedad resulta fundamental para intervenir en ella y garantizar un cambio en el nivel más profundo de la persona a largo plazo, sin quedarse solamente, en un cambio “superficial” a corto plazo. Todo esto supone un largo proceso, pues para generar cambios en los modos de pensamiento y actuación que configuran al individuo, se requiere mucho tiempo y dedicación por parte de ambos (Herrera et al., 2018).

Ceballos (2019) y Martín y de la Rosa (2011) señalan en sus artículos que, de forma complementaria, resulta positivo que el terapeuta se apoye en técnicas más conductuales de relajación como la respiración muscular progresiva de Jacobson, respiración diafragmática, técnicas de imaginación o visualización guiada, etc. De esta manera, se le proporcionarán ciertas herramientas que le ayudarán a relajarse en el momento concreto que la persona empiece a notar los síntomas ansiógenos fuera de

consulta. Así mismo, como indican Batista y Arlein (2019) se animará al paciente a encontrar actividades fuera de las sesiones que le ayuden a disminuir la hiperactivación fisiológica y despejar la mente, como pueden ser el Mindfulness, yoga, deporte, etc.

3. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Para la realización de este trabajo se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva y rigurosa de documentos y artículos de investigación, educativos y teóricos, tanto en inglés como en español, de información sugerente al tema de análisis. Para ello utilicé las bases de datos de la biblioteca digital de la Universidad Pontificia Comillas a la que accedí a través de la Intranet. Algunas de ellas son: Psycodoc, Psycinfo, Psychology and Behavioral Sciences Collection así como la plataforma digital *Google Académico* para una búsqueda complementaria de artículos científicos. Para ello, utilicé palabras clave como: “*Social anxiety*”, “*Adolescents*”, “*Technology*”, “Trastorno de ansiedad social”, “Terapia Gestalt”, “Mecanismos neuróticos”, “Factores de riesgo” y “Redes sociales”; combinándolas con los booleanos *AND* y *OR*.

A la hora de la selección entre todos los artículos que describen esta temática, se descartó mediante una lectura diagonal de los mismos, aquellos que no se ceñían a los materiales de búsqueda, artículos que no estuviesen actualizados, que estuviesen hechos en base a una muestra sociodemográfica muy limitada, que no se relacionasen con el tema a investigar o que repitiesen información que ya había sido utilizada.

Una vez obtenidos los artículos relevantes y de utilidad para la revisión bibliográfica deseada, se realizó una lectura más exhaustiva de los mismos subrayando y seleccionando la información de mayor interés. Finalmente, después de esta segunda lectura, se procedió a la descarga de los mismos en el escritorio del ordenador y se clasificó por carpetas en función del tema para una mejor organización de la información a la hora de redactar.

Estas fuentes y los artículos resultantes de la búsqueda bibliográfica se encuentran referenciados en la bibliografía del trabajo.

4. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente trabajo se ha hecho con el fin de analizar la nueva realidad de salud mental en los adolescentes, e investigar los motivos por los que se ha potenciado el número de casos del trastorno de ansiedad social. En este sentido, se plantearon cuatro objetivos al inicio de la revisión bibliográfica respecto a este tema.

La primera pregunta que se realizó al comienzo de la búsqueda trataba de conocer en profundidad el trastorno de ansiedad social para poder tener una mejor comprensión de este y no caer en la confusión con conceptos relacionados o aparentemente similares. Gutiérrez y Moreno (2011) y Sierra et al. (2003) en su definición de ansiedad, explican cuáles son sus síntomas y cómo ésta puede ser adaptativa y funcional para nuestra especie en algunas ocasiones o, de lo contrario, desadaptativa y disfuncional en el que esta ansiedad pasaría a ser considerada como un trastorno de la personalidad. Dentro del rango de trastornos de ansiedad, la DSM-V menciona el trastorno de ansiedad social o fobia social (APA, 2013). En cuanto a lo que respecta a la desigualdad entre la fobia social y otras cuestiones, Gutiérrez y Moreno (2011) aclaran la diferencia entre ansiedad social y la timidez e introversión.

En segundo lugar, gracias a los artículos de Ballesteros (2020), Quiroz (2020), Galvis et al. (2019), Gómez-Ortiz et al. (2016) y Espinosa-Fernández et al. (2016), se ha podido conocer y tener una visión más abierta y actualizada de la gran cantidad de factores de riesgo que promueven un TAS en la adolescencia. No obstante, se encontraron discrepancias de opiniones respecto al sexo como factor de riesgo, ya que mientras que algunos trabajos hablaban de una mayor tasa de prevalencia en las mujeres (Gómez-Ortiz et al., 2016; Zubeidat et al., 2008), otros encontraban que esta variable no marcaba diferencias (Inglés et al., 2010; García-López et al., 2008) por lo que éste no se tuvo en cuenta a la hora de elaborar el presente trabajo.

Tras la exhaustiva lectura de artículos para responder al tercer objetivo del trabajo, se ha podido comprobar que los adolescentes se encuentran ante una nueva realidad radicalmente modificada en comparación con generaciones anteriores, dada la existencia y uso habitual de dispositivos electrónicos, Internet, redes sociales, etc. en la actualidad que, además, se ha visto agravada debido al periodo de estos dos años de pandemia mundial. El efecto negativo de lo mencionado se puede ver confirmado con objetividad en los datos recogidos postpandemia del COVID-19 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el que se constatan el doble de casos de suicidios en menores de 15 años en el año 2020, respecto al año anterior a la pandemia en 2019, y en el que, en jóvenes entre 15 y 19 años de edad, el suicidio supone la segunda causa de muerte. Gallagher et al. (2014) plantean que uno de los síntomas en personas con ideación suicida puede coincidir con lo experimentado en una persona con TAS, que es el sentimiento de soledad percibido. Galvis et al. (2019) indican, por tanto, que existe una mayor probabilidad de que a mayor sentimiento de soledad percibido por una persona con TAS,

mayor riesgo de ideación suicida. Otro artículo escrito por Quiroz (2020), hace referencia a la soledad que sintieron muchos adolescentes durante el confinamiento dada la imposibilidad de socializar cara a cara en los espacios habituales como pueden ser: institutos, bares, centros de ocio, etc. dada la relevancia que tiene en los jóvenes la interacción con sus pares.

Esta situación, no solo supuso que la única manera de estar en contacto con otros fuese a través de las redes sociales, sino que, además, el aburrimiento ocasionado por el confinamiento en un espacio cerrado también provocó en muchos jóvenes y adolescentes, adicción a las TICs (Tecnología de la información y comunicación) dadas las nuevas formas de ocio mediante videojuegos, vídeos de YouTube, juegos *online*, etc. Estas hipótesis se confirman con los datos recogidos en el estudio de Salmerón (2020), el cual obtuvo que el tiempo dedicado a las pantallas, excluyendo su uso por razones académicas, en los jóvenes menores de 12 años aumentó 1,6 horas respecto al tiempo anterior a la pandemia, con un total de 3,7 horas diarias, y, en los adolescentes mayores de 12 años, hubo una subida de aproximadamente 2 horas, llegando a las 4,8 horas al día en frente de una pantalla. El estudio confirma que el incremento de uso de las TICs agravó los casos de ansiedad y aislamiento social en la adolescencia, por ello, parece evidente que esto está muy relacionado con el aumento de casos de ansiedad social en este rango de edad.

Otra de las hipótesis propuestas que se planteaba en el tercer objetivo del presente trabajo era que la cantidad de estímulos tendentes al aislamiento social cara a cara va a ser mayor en el futuro ya que éste va a ser mucho más digital que ahora. Esto se puede afirmar dada la gran cantidad de lecturas encontradas durante la revisión de bibliografía sobre transformación digital. Una muestra de ello es el artículo de López-Díez (2021), el cual habla sobre el reciente surgimiento del metaverso, un mundo digital paralelo. En este sentido, los profesionales de este campo, como Mark Zuckerberg, uno de los creadores y fundadores de *Facebook*, estiman que el uso de dispositivos digitales va a ser cada vez mayor.

Por tanto, al ser una realidad que va a perdurar e incrementar en el tiempo, resulta evidente que el riesgo a desarrollar fobia social va a ser cada vez mayor por la cantidad de actividades que se van a poder llevar a cabo de manera virtual y no cara a cara, lo que, por ejemplo, en personas con pocas habilidades sociales, que les resulta incómodo socializar en persona, les va a suponer una forma de vida alejada del contacto real entre personas ya que les supondrá mayor comodidad socializar únicamente en el mundo virtual. Es por esto que, ante estos casos, la terapia Gestalt supone la mejor opción, ya

que no sólo se resuelve su malestar (el síntoma en sí) sino que también se ayudará a la persona a manejar su ansiedad mediante el *awareness* de todo aquello que ha influido en él para sentirse y actuar de esa manera y se le enseñarán habilidades y destrezas necesarias, junto con algunas herramientas de autocuidado, que le permitirán detectar a tiempo y prevenir futuras problemáticas con el fin de que pueda alcanzar una madurez y crecimiento personal pleno una vez finalizada la terapia.

Finalmente, para dar respuesta al cuarto y último objetivo, se ha utilizado la versión de Joseph Zinker sobre el ciclo de satisfacción de necesidades encontrado en el artículo de Martín y de la Rosa (2011) para analizar algunos de los mecanismos neuróticos existentes con los que el individuo puede interrumpir su equilibrio de bienestar y bloquear la tendencia de autorregulación de necesidades y crecimiento, y el proceso de apertura y clausura de una Gestalt cuando surge una necesidad. No obstante, estos mismos autores mencionan en su trabajo a otros autores gestálticos como Miche Katzeff o el matrimonio de Erving y Miriam Polster, quienes realizaron sus respectivas aportaciones con perspectivas diferentes a la de Joseph Zinker sobre estos mismos conceptos (el ciclo gestáltico y mecanismos neuróticos) añadiendo pequeñas modificaciones en sus explicaciones, como por ejemplo, incluyendo una fase más en el ciclo gestáltico o aludiendo a los mismos mecanismos neuróticos, pero con un nombre diferente. Para el presente trabajo se utilizan las explicaciones de Joseph Zinker ya que es la teoría más desarrollada en el artículo del que se ha obtenido.

Las limitaciones de estudio de este trabajo se centran, principalmente, en dos cuestiones. Por un lado, y como se indica en los estudios de Orgilés et al. (2012) y García-López et al. (2008), las investigaciones realizadas hasta ahora sobre el trastorno de ansiedad social se han limitado a la población adulta, y en menor medida, a la adolescente, cuando los datos indican que en la actualidad este trastorno afecta, principalmente, a este rango de edad. Además, por otro lado, hay escasa información y artículos que tratan esta problemática desde el enfoque Humanista, ya que habitualmente se ha tratado desde un enfoque Cognitivo-Conductual con el fin de suprimir la fobia en el menor tiempo posible (sin ahondar en lo que le llevó a la persona a desarrollarla) (Luterek et al., 2003).

Por ello, este trabajo pretende concienciar sobre los beneficios de tratar y abordar esta patología (el trastorno de ansiedad social), en este grupo en concreto (población adolescente) y desde este enfoque (la Gestalt), siendo éste diferente a los resultados que han aparecido en los artículos revisados. Aunque no se descarta que ciertas técnicas y herramientas cognitivo-conductuales pueden resultar favorables para cosas puntuales o

urgentes (autorregistros, ejercicios de relajación...) como acompañamiento del proceso de intervención con terapia Gestalt.

5. CONCLUSIÓN Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

En conclusión, son muchos los factores de riesgo que hacen que la adolescencia sea un periodo vital en el que el trastorno de ansiedad social sea uno de los diagnósticos más frecuentes en España. A su vez, la nueva realidad postpandemia propensa al aislamiento social, junto con la revolución tecnológica que se está viviendo, afecta y afectará aún más a futuro en la población de este rango de edad. Por tanto, y teniendo todo esto en cuenta, resulta conveniente tratar este tipo de patología a través de la Gestalt, que no sólo es una terapia paliativa, sino que también tiene un efecto preventivo pues, además, de anular la fobia social, se ayudará al adolescente a comprender y restablecer los pensamientos neuróticos disfuncionales que incorporó en un pasado y se le proporcionará las herramientas y dotarán de las habilidades necesarias para prevenir futuros malestares psicológicos.

En este sentido, se pretende resaltar la urgencia con la que se requieren futuras líneas de investigación al respecto dadas las características de esta problemática en el contexto en el que se presenta en la actualidad, ya que los estudios sobre los trastornos de ansiedad social en esta población son muy escasos mediante la perspectiva y el abordamiento mencionado.

A su vez, en vista de todo esto, se ve la necesidad de concienciar a la población en general, aunque haciendo más énfasis en niños y adolescentes, ya que estos, al estar más habituados a convivir con dispositivos digitales, son ya de por sí un factor de riesgo de ser víctima de las consecuencias de las tecnologías. Advertirles de los factores de riesgo que se les presentan es vital para que puedan ser capaces de detectarlos y evitar que sigan aumentando los casos de ansiedad social en los adolescentes. Por ello, sería planteable llevar a cabo proyectos preventivos de educación psicosocial en colegios e institutos, para niños, adolescentes y padres de estos centros, ante este nuevo panorama digital que aún está por despegar, del estilo de:

- Por un lado, exponer a los niños y adolescentes, qué factores de protección existen tanto a nivel individual, como ante las redes e internet y de cara a las características del periodo evolutivo vital que se encuentran, de tal forma que tengan las instrucciones necesarias para un camino más saludable y de menor riesgo.

- Y, por el otro lado, enseñar a los padres cuales son los factores de protección en la crianza de los hijos y qué pautas de acción son recomendables seguir para que los jóvenes crezcan, dentro de su forma de ser, de la manera más sana posible. Además, proporcionarles ciertas herramientas como puede ser el entrenamiento en habilidades sociales, indicaciones sobre un uso moderado y adecuado de las pantallas y tecnologías de sus hijos y saber controlarlo, etc.

6. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association's (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*.
- Ballesteros Herencia, C. A. (2020). La propagación digital del coronavirus: Midiendo el engagement del entretenimiento en la red social emergente TikTok. *Revista española de comunicación en salud*, 171-185.
- Batista, A., y Arlein, A. (2019). Intervención Psicoterapéutica Gestalt a adolescentes con manifestaciones de ansiedad social del Internado IPT Chiriquí Oriente. [Tesis Doctoral, Universidad especializada en las américas].
- Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Fehm, L., Höfler, M., Lieb, R., Hofmann, S. G., y Wittchen, H. U. (2012). The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(6), 411-425.
- Borrás Santisteban, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo científico médico*, 18(1), 05-07.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos Cubero, N. (2011). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo: Adaptación española. *TEA Ediciones*.
- Cárdenas, E. M., Feria, M., Palacios, L., y De la Peña, F. (2010). Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. *Instituto Nacional de Psiquiatría*.
- Ceballos, D. (2019). El Concepto de Ansiedad en la Terapia Gestalt1. *Gestalt*, 6, 63-78.
- Cervantes Hernández, R., y Chaparro-Medina, P. M. (2021). Transformaciones en los hábitos de comunicación y sociabilidad a través del incremento del uso de redes sociodigitales en tiempos de pandemia. *Ámbitos. Revista internacional de comunicación*, (52), 37-51.
- Delgado Doménech, B., Inglés Saura, C. J., y García Fernández, J. M. (2013). La ansiedad social y el autoconcepto en la adolescencia. *Revista de psicodidáctica*, 18(1), 179-194.

- Echeburúa Odriozola, E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista española de drogodependencias*, 4, 435-48.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-95.
- Espinosa-Fernández, L., Muela, J.A. y García-López, L.J. (2016). Avances en el campo de estudio del Trastorno de Ansiedad Social en adolescentes. El papel de la Emoción Expresada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 99-104.
- Gallagher, M., Prinstein, M.J., Simon, V. y Spirito, A. (2014). Síntomas de ansiedad social e ideación suicida en una muestra clínica de adolescentes tempranos: examinando la soledad y el apoyo social como mediadores longitudinales. *Revista de psicología infantil anormal*, 42(6), 871-883.
- Galvis Cabrera, A. F., Pineda Riaño, E. A., Torres Valdez, L. F., y Leon Torres, J. P. (2019). Análisis de la relación entre el uso de redes sociales virtuales, la ansiedad social y la adicción al Internet con la presencia de tecnoestrés.
- García-López, L. J., Díaz-Castela, M. M., Muela-Martínez, J. A. y Espinosa-Fernández, L. (2014). Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement? *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 812-822.
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Díaz-Castela, M. D. M., y Inglés, C. J. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología Conductual*, 16(3), 501-533.
- García-López, L. J., Ruiz, J., Olivares, J., Piqueras, J. A., Rosa, A. I., y Bermejo, R. (2006). Aplicación de un programa de tratamiento multicomponente para adolescentes con ansiedad social en población joven adulta: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 14(1), 65-75.
- Gold, A. (2006). Trastornos de ansiedad en niños. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 77(1), 34-38.
- Gómez-Ortiz, O., Casas, C. y Ortega-Ruiz, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Psicología Conductual*, 24, 29-49.
- Gutiérrez, P. M. A., y Moreno, P. (2011). Guía de la ansiedad. *Bilbao: Desclée de Brower*.

- Harman, J.P., Hansen, C.E., Cochran, M.E. y Lindsey, C.R. (2005). Mentiroso, mentiroso: fingir en Internet, pero no la frecuencia de uso, afecta las habilidades sociales, la autoestima, la ansiedad social y la agresión. *Ciberpsicología y comportamiento*, 8 (1), 1-6.
- Herrera, P., Mstibovskyi, I., Roubal, J. y Brownell, P. (2018). Investigando la terapia Gestalt para la ansiedad en dispositivos basados en la práctica: Un diseño experimental de caso único. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 321-352
- Inglés, C. J., Martínez-Monteaquedo, M. C., Delgado, B., Torregosa, M. S., Redondo, J., Benavides, G., García-Fernández, J. M. y García-López, L. J. (2008). Prevalencia de la conducta agresión, conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de adolescentes españoles: Un estudio comparativo *Infancia y Aprendizaje: Revista para el Estudio de la Educación y el Desarrollo*, 31, 449-461.
- Inglés, C. J., Piqueras, J. A., García-Fernández, J. M., García-López, L. J., Delgado, B. y Ruiz-Esteban, C. (2010). Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema*, 22(3), 376-381.
- López-Díez, J. (2021). Metaverse: Year One. Mark Zuckerberg's video keynote on Meta in the context of previous and prospective studies on metaverses. *Revista internacional de investigaciones publicitarias*, 15(2), 299-303.
- Luterek, J. L., Eng, W., y Heimberg, R. G. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11(3), 563-581.
- Mancebo, S (2022, 26 de enero). *Posicionamiento sobre el aumento de autolesiones y suicidio en niños y adolescentes*. [Comunicado de prensa de la Asociación española de pediatría].
- Martín, Á., y de la Rosa, C. R. (2011). Manual práctico de psicoterapia Gestalt. *Desclée de Brouwer*.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., y Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(2), 115-120.

- Pérez Lizeretti, N. (2009). Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la Inteligencia Emocional. [Tesis doctoral, Universitat Ramon Llull].
- Quiroz, N. T. (2020). TikTok: La aplicación favorita durante el aislamiento. *Revista Argentina de Estudios de Juventud*, (14).
- Ranta, K., La Greca, A. M., García-López, L. J., y Marttunen, M. (2015). Social anxiety and phobia in adolescents. Development, Manifestation and Intervention Strategies.
- Rodríguez González, E. (s. f.). Gestalt y autorregulación: la salud del darse cuenta.
- Romera, E. M., Casas, J. A., Muñoz, Y., y Ortega-Ruiz, R. (2021). Estatus social, búsqueda de popularidad y narcisismo en la conducta agresiva del acoso escolar y el ciberacoso. *Revista de Psicología y Educación*, 16(2), 173-182.
- Rosso, M. A., y Lebl, B. (2006). Terapia humanista existencial fenomenológica. *Revista Ajayu*, 4(1), 90-117.
- Salmerón, M. A. (2020). Salud digital en tiempos de coronavirus. ¿qué cambió?. *Adolescere*, 8(3), 6-10.
- Sassenfeld, A. (s.f.). La resistencia y los mecanismos de la neurosis en psicoterapia gestáltica.
- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Suanes, M. N. (2009). Autoconocimiento y autoestima. *Temas para la educación*, 3.
- Tayeh, P., Agámez González, P.M., y Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Precop SCP*, 15(1), 6-18.
- Velásquez, L. F. (2001). Terapia gestáltica de Friedrich Solomon Perls. Fundamentación Fenomenológica-Existencial. *Psicología desde el Caribe*, (7), 130-137.
- Viejo, C., y Ortega-Ruiz, R. (2015). Cambios y riesgos asociados a la adolescencia. *Psychology, Society & Education*, 7(2), 109-118.
- Zubeidat, I., Fernández Parra, A., Sierra, J.C. y Salinas, J.M. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. *Salud Mental*, 31(3), 189-196.