

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Estilos de Apego Asociados al Trastorno de Pánico en Usuarios Atendidos
en el Centro de Salud Mental Comunitario de Moche

Área de Investigación:

Cáncer y enfermedades no transmisibles

Autor:

Ascoy Gil, Doris Roxana

Asesor:

Moya Vega, Victor Raúl

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4654-237X>

Jurado Evaluador:

Presidente: Rosa Angela Lozano Ybañez

Secretario: Joel Hernando Espinola Lozano

Vocal: Marco Orlando Serrano Garcia

Trujillo – Perú

2023

Fecha de Sustentación: 23/05/2023

MIEMBROS DEL JURADO:

Dra. Rosa Angela Lozano Ybañez

PRESIDENTE

Dr. Joel Hernando Espinola Lozano

SECRETARIO

Dr. Marco Orlando Serrano Garcia

VOCAL

Dr. Victor Raúl Moya Vega

ASESOR

DEDICATORIA

Dedicado a Dios por ser mi fortaleza, y con amor me sostuvo cada día, a mis padres Danny y Abel que me brindaron comprensión, amor y paciencia, para llegar a cumplir mis sueños, a mis hermanos Alexandra y Andrés que son una fuente de inspiración, a mis abuelos y padrinos por ser mi ejemplo a seguir.

AGRADECIMIENTOS

Culmino esta hermosa etapa de mi vida, agradeciendo a quienes me alentaron a hacerla realidad. Gracias a Dios por su bendición, a mis padres por darme la herencia más valiosa que pudiera recibir, a mis abuelos, hermanos y padrinos por ser mi fortaleza ¡Los Amo!.

Agradezco también a mi asesor el Dr. Victor Raúl Moya Vega por su dedicación y paciencia, sin sus enseñanzas y correcciones no hubiese podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada. Gracias por su guía y consejos, los llevaré grabados en la memoria para mi futuro profesional.

Por último agradecer al Centro de Salud Mental Comunitario de Moche en especial a la Licencia Magali Pesantes Calderón por abrirme las puertas para la ejecución de mi tesis, gracias por hacerme sentir como parte de esa gran familia que está abocada a la ayuda y atención de la población.

RESUMEN

Objetivo: Determinar que tipos de estilos de apego son factores asociados al trastorno de pánico en usuarios atendidos en el Centro de salud mental comunitario de Moche.

Materiales y Métodos: Investigación de corte transversal, se evaluaron a 121 pacientes, que fueron atendidos en el servicio de psiquiatría a través de consultorio externo en el centro de salud mental comunitario de Moche diciembre 2021 – junio 2022; quienes cumplieron los criterios selectivos. Se utilizó el cuestionario de Bartholomew y Horowitz.

Resultados: El estilo de apego temeroso se asocia al desarrollo de trastorno de pánico con una significancia de $p < 0,05$; un $OR = 7,0$; con un intervalo de confianza $[1,265-38,734]$. Asimismo, el estilo de apego seguro está asociado a los casos de no pánico con una significancia de $p < 0.05$ y un $OR = 0.5$.

Además, el análisis multivariado identificó los factores socioeconómicos asociados al trastorno de pánico como el tipo de ocupación desempleo con una significancia $p < 0,05$ y $OR = 6,94$; con un intervalo de confianza de $[1,269-37,945]$; y el tipo de ocupación estudiante con una significancia $p < 0,05$ y un $OR = 14,57$; con un intervalo de confianza de $[1,274-166,567]$.

Conclusiones: El tipo de estilo de apego temeroso y el tipo de ocupación desempleo y ser estudiante están asociados al trastorno de pánico.

Palabras Clave: Trastorno de pánico, estilos de apego.

ABSTRACT

Objective: To determine what types of attachment styles are factors associated with panic disorder in users treated at the Moche Community Mental Health Center.

Materials and Methods: A Cross-sectional investigation, 121 patients were evaluated, who were treated in the psychiatry service through an external office at the Moche community mental health center December 2021 - June 2022; who met the selection criteria. The Bartholomew and Horowitz questionnaire was used.

Results: The fearful attachment style is associated with the development of panic disorder with a significance of $p < 0.05$; an OR= 7.0; with a confidence interval [1,265–38,734]. Likewise, the secure attachment style is associated with cases of non-panic with a significance of $p < 0.05$ and an OR=0.5.

In addition, the multivariate analysis identified the socioeconomic factors associated with panic disorder as the type of occupation, unemployment with a significance $p < 0.05$ and OR= 6.94; with a confidence interval of [1,269-37,945]; and the type of student occupation with a significance $p < 0.05$ and an OR=14.57; with a confidence interval of [1,274-166,567].

Conclusions: The type of fearful attachment style is and the type of occupation and unemployment are students associated with panic disorder.

Key Words: Panic disorder, attachment styles.

ÍNDICE

Dedicatoria	3
Agradecimientos.....	4
Resumen.....	5
Abstract.....	6
Índice.....	7
I. Introducción.....	9
II. Marco Teórico	15
2.1. Antecedentes de investigación.....	15
2.2. Problema científico.....	20
2.3. Objetivos	200
2.4. Hipótesis	21
II. Material y Métodos	211
2.1. Diseño del estudio.....	211
2.2. Población	22
2.3. Definición Operacional de variables:.....	255
2.4 Procedimientos y Técnicas	277
2.4.1. Procedimientos	277
2.5. Plan de Análisis de Datos	277
2.6. Sesgos clásicos	288
2.7. Aspectos Éticos.....	299

III. Resultados	29
IV. Discusion	355
V. Conclusiones	40
VI. Recomendaciones	411
VII. Referencias.....	422
VIII. Anexos.....	488

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno de pánico se encuentra dentro del grupo que incluye el trastorno de ansiedad, el cual se manifiesta por ataques de pánico repetidos y repentinos que incluyen síntomas adrenérgicos como palpitaciones, diaforesis, mareos, miedo a morir y otros síntomas subjetivos como disnea, angina y malestar abdominal (1) (2). La Prevalencia de casos de trastorno de pánico en Lima antes del Covid-19, el Instituto Nacional de Salud Mental (2014) (3) reportó 0.5% de casos en la población y agorafobia 1.2% casos. Después del Covid-19 en el año 2021 se reportó una prevalencia de trastorno de pánico de 3,24% (Pacheco y Guerrero 2021) (4). Las estadísticas del trastorno de pánico reportan que la prevalencia de esta afección es del 2,7 %, con un 3,8 % de mujeres y un 1,6 % de hombres afectados (5). A nivel mundial la OMS (6) estima que antes de la pandemia el ataque de pánico: un mal que afecta al 30% de la población mundial. La OMS (7) estima que la ansiedad y la depresión se ha incrementado en un 25% en el mundo debido a causa de la COVID-19. A nivel mundial la prevalencia de este trastorno es del 1,7% en adultos y 4,7% en adolescentes (8) (9). En los entornos de atención primaria, se ha informado que los síndromes de pánico tienen una prevalencia de alrededor del 10% (10). Por otro lado, se resalta la impetuosa asociación evidenciada entre el trastorno de pánico y la agorafobia y el, de modo que en estudios anteriores desarrollados evidenciaron que aproximadamente el 75% de los pacientes que sufren agorafobia padecen también trastorno de pánico, en comparación con la población general donde se encuentra solo en el 50% (11).

La fisiopatología del trastorno de pánico no está completamente definida, en el presente, se acepta que los mecanismos involucrados están relacionados con

algunos condicionantes genéticos y neurobiológicos (12). Considerando la hipótesis neurobiológica, es importante resaltar dos hechos determinantes, en uno de ellos se plantea que los pacientes con pánico tienen una inhibición serotoninérgica deficiente de las neuronas localizadas en la sustancia central, que organiza reacciones defensivas para hacer frente a las amenazas proximales, así como de las áreas de control simpático-motor de la médula ventrolateral rostral que generan síntomas neurovegetativos del pánico (ataque) (13).

El segundo propone que los opioides endógenos amortiguan los ataques de pánico en sujetos normales, a pesar de ello, en algunos estudios se ha sugerido que existe una desregulación de opioides endógenos y que esta anomalía está ligada con la evitación y paralización por el miedo. Los resultados experimentales obtenidos en modelos de pánico en ratas indican que la serotonina interactúa sinérgicamente con los opioides endógenos en el gris periacueductal dorsal a través de los receptores 5-HT_{1A} y μ para inhibir la defensa proximal y, supuestamente, los ataques de pánico (14) (11).

La sensibilidad a la ansiedad, es un mecanismo subyacente que se cree que está involucrado en el desarrollo, mantenimiento y desencadenantes negativos del trastorno de pánico, y se define como el temor que se presenta ante los síntomas de ansiedad física y la creencia de que estos síntomas pueden tener consecuencias peligrosas. Además, la sensibilidad a la ansiedad explica una variación detallada en severidad de síntomas presentados o manifestados en el pánico (15).

En el trastorno de pánico, destacan los siguientes factores: poseer antecedentes familiares de ataques de pánico o con diagnóstico de trastorno de pánico, muerte

o una enfermedad complicada de algún ser querido muy cercano, hechos traumáticos, consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, tabaco o cafeína. Además, otras variables que se han asociado son la forma de educación y aspectos psicopatológicos de los familiares principalmente los padres. Por otro lado, se ha descrito tres rasgos del trastorno de pánico que son fundamentales en la personalidad, que como la percepción de control de la ansiedad; la inhibición conductual y la sensibilidad a la ansiedad. La inhibición de la conductual, que describe Kagan et al., hace referencia a un rasgo de la personalidad determinado por la predisposición a ser precavido, silencioso y discreto en situaciones no familiares, asimismo hace referencia al inicio temprano del trastorno de pánico, el cual procede de la “inhibición conductual” que se encuentra caracterizada por ser una dimensión temperamental, de modo que existe la posibilidad de que los factores mencionados conduzcan a otros trastornos de ansiedad o a una fobia escolar y conforme el tiempo prosiga, podría llegar a una fobia social que es la expresión de un trastornos de ansiedad o a un marcado trastorno de pánico. En algunos estudios similares, los autores han detallado criterios que se relacionan con los rasgos de personalidad como son: la introversión, inhibición social, no ser participativos o ser poco asertivos (16). Posteriormente cuando llegan a la etapa de la adultez, presentan una limitada o baja autoestima y un alto grado de sensibilidad interpersonal. Por consiguiente, desde este panorama, los individuos con trastorno de pánico frecuentemente analizan y piensan que no pueden controlar eficientemente sus diferentes situaciones vitales o experiencias emocionales, razón por la cual utilizan métodos drásticos, que engloban la utilización de esfuerzos sobresalientes para prevenir o limitar los estados de ansiedad.

Un enfoque concreto asociado con la impresión de control, es la percepción de control de la ansiedad. Estudios recientes han enfocado su investigación sobre el efecto modulador, el impacto y resultado del valor predictivo de la percepción de control de la ansiedad, debido a que se encuentra relacionado con las respuestas emocionales individuales.

Los estilos de apego son relevantes para el desarrollo del trastorno de pánico. Marrone denominó a la teoría del apego como una manera de representación a la inclinación de los humanos a crear fuertes conexiones afectivas con determinadas personas. Además, expone las diferentes formas de trastornos de personalidad y maneras de dolor emocional (17).

Por otro lado, la teoría del apego ha generado una gran cantidad de estudios empíricos en psicología del desarrollo y social. La teoría del apego conceptualiza la necesidad humana universal de formar vínculos afectivos con los demás. El apego se describe como un sistema de comportamiento que se basa en la motivación hereditaria (18).

Bartholomew y Horowitz proponen que la combinación del modelo de sí mismo y otros da como resultado un modelo de cuatro formas o categorías de estilos de apego. Estos son el estilo seguro con modelos positivos de sí mismo y de los demás, este evita distorsionar lo real y tiende a recurrir a emociones y memorias ya sean positivas o negativas para llevar mejor sus relaciones, se caracteriza por tener confianza, ser amistoso y tener emociones positivas, por ellos les es fácil las relaciones interpersonales, sus relaciones son más duraderas y estables; el estilo temeroso también llamado inseguro – desvalorizante o desorganizado por otros autores con modelos negativos de sí mismo y de los demás, suele tener miedo a las relaciones, se caracteriza por la falta de confianza en estas. Las

personas que presentan un estilo de apego temeroso, tienden a preocuparse por el rechazo, exhibiendo incomodidad con la cercanía en las relaciones que desarrollan. Además, se caracteriza por la inseguridad hacia ellos mismos y hacia las demás personas de su entorno. También muestran mínimas habilidades de interacción social e inconvenientes en el manejo de sus propias emociones negativas, tienen un manejo disfuncional de los conflictos interpersonales, mantienen juicios negativos, hacia su pareja, y se encuentran muy motivados en seguir con ella, para tener reafirmación de sus propias cualidades, desarrollando una preocupación hacia su disponibilidad afectiva. Por ello tiene una elevada probabilidad de manifestar sentimientos y pensamientos conflictivos. Otro estilo denominado evitativo o resistente presenta un modelo positivo de sí mismo y negativo de los demás, la mayoría suelen mantener el miedo a las relaciones íntimas, motivo por el cual se enfocan a estar solo que a estar acompañado. Las personas con un estilo de apego evitativo tienden a ser desconfiadas y celosas, por ello se perciben como poco satisfactorias e íntimas. Según Bartholomew, los adultos que presentan este tipo de estilo de apego tienen 2 formas de evitación: el estilo evitativo puro («dismissing»), donde se caracteriza por una percepción positiva para uno mismo y negativa para las personas de su entorno, razón por la cual, la persona se inicia hacia la desconfianza y exhibe poca empatía, frecuentemente es escéptica sobre la consideración de las relaciones interpersonales y el estilo evitativo-temeroso determina la relevancia y el malestar producido de las necesidades sociales. De igual forma se encuentra también, el apego ambivalente o también llamado ansioso con modelo negativo de sí mismo y positivo de los demás, caracterizado

por la sensación de miedo a que su pareja no los ame y generan dependencia emocional (19) (20).

El trastorno de apego sigue siendo una de las áreas con menos evidencia del DSM (62). Se ha estimado que el apego predomina en 0.9% en niños con edades que fluctúan entre 1 - 5 años; en una población privada en niños de 6 a 8 años, la predominancia es del 1,40% (21).

El trastorno de apego es persistente y está asociada con una morbilidad psiquiátrica significativa, frecuentemente con retrasos cognitivos y del lenguaje (22). Más allá de las comorbilidades psiquiátricas, no existen los datos de comorbilidades médicas (23).

Los patrones de apego continúan a través del ciclo de vida y a través de generaciones. Las nuevas relaciones se ven afectadas por las expectativas desarrolladas en relaciones pasadas (24).

Bartholomew determina una percepción denominada orientaciones de apego o también llamada estilos de apego; de acuerdo a pruebas tentativas para crear diversas escalas que valoren y evalúen los estilos de apego, de manera que obtuvo una conclusión relacionada a los estilos de apego en la cual determina la existencia de 2 dimensiones superiores, entre ellas resalta con frecuencia la ansiedad, y la evitación. Asimismo, las dimensiones ya mencionadas, se pueden estructurar con las asociaciones de otras dimensiones que tienen conexión con las representaciones propias y de otros, alcanzando un primer modelo positivo de sí mismo (donde influye el ser merecedor a amor y atención), comparándolo posteriormente con un modelo negativo no merecedor. Por otro lado, el modelo grupal o el de otros, donde se encuentra el modelo positivo, que es considerado

como protección vs el modelo negativo en el cual son considerados rechazantes y poco confiables. Del mismo modo al plantear estas dimensiones Bartholomew, establece que las diversas combinaciones de esas dimensiones admiten el considerar o resaltar cuatro estilos de apego, con su respectiva modalidad positiva o negativa (25). El modelo positivo contempla al estilo de apego seguro, mientras que el modelo negativo contempla a los estilos evitativo, temeroso y ambivalente.

		MODELO DE SI MISMO	
		Positivo	Negativo
Modelo de Otros	Positivo	Estilo de Apego SEGURO	Estilo de Apego AMBIVALENTE
	Negativo	Estilo de Apego EVITATIVO	Estilo de Apego TEMEROSO

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

Dina Zalaznik et al, (Israel, 2019), desarrollaron una investigación para evaluar la mejora en el apego ambivalente y evitativo de adultos durante la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el trastorno de pánico. Incluyeron a 31 pacientes con trastorno de pánico con agorafobia (CAP) que fueron tratados mediante terapia cognitivo-conductual. Se obtuvieron datos previos a la sesión sobre estilo de apego (ECR), conductas de evitación (MI solo: MI-al; MI acompañado: MI-ac), sensibilidad a la ansiedad (ASI), regulación de las emociones (ERQ) y alianza de trabajo (WAI) recogido. Los resultados obtenidos mostraron que las variables mejoraron durante la terapia. Los cambios en sensibilidad a la ansiedad se relacionaron positivamente con cambios en el

apego evitativo y ansioso. Los cambios en MI-al, pero no en MI-ac, se relacionaron con cambios en los estilos de apego. Los cambios en sensibilidad a la ansiedad y MI-al predijeron cambios en los estilos de apego-ansiedad en la siguiente sesión, pero no al revés. De manera similar, los cambios en los comportamientos de evitación y la supresión de regulación de las emociones precedieron a los cambios en la evitación de los estilos de apego unidireccionalmente. Mientras que los niveles de trabajo mejoraron significativamente, su variabilidad se relacionó solo con cambios simultáneos en los estilos de apego - ansiedad. Asimismo, el apego evitativo y ambivalente mejoró durante la terapia cognitivo-conductual para el trastorno del pánico con agorafobia. Este cambio estuvo relacionado y precedido por una mejor sensibilidad a la ansiedad, conductas de evitación y regulación de las emociones. (26).

Pénzes et al., (Hungria, 2016), desarrollaron una investigación para evaluar el estilo de apego adulto de los pacientes con el síndrome del intestino irritable (SII) y el trastorno de pánico (EP). Participaron 65 pacientes con EP y 65 con SII con diagnóstico clínico. Se encontró frecuencias de apego inseguro (80,0% frente a 63,1%) y negligencia paterna (35,4% frente a 16,9%) $p = 0.050$, respectivamente). La frecuencia del apego seguro fue significativamente mayor para el vínculo paterno óptimo que para el vínculo paterno subóptimo (75,0% frente a 21,9%, $p < 0,001$). De acuerdo con los resultados del análisis bivariado, el vínculo paterno óptimo predijo un apego seguro después de ajustar las variables de fondo (OR = 9.26, $p = 0.001$) (27).

Guzmán-González, et al, (Chile, 2016), desarrollaron un estudio multicéntrico para evaluar la relación entre los estilos de apego y las dificultades en la

regulación emocional (DRE). Incluyeron a 548 estudiantes universitarios. Para la medición de las variables del estudio utilizaron instrumentos como el cuestionario de Experiencias en Relaciones Cercanas (E-ERC) y el cuestionario o Escala de Dificultades en las Regulación Emocional (E-DRS). A través de un análisis multivariado encontraron que los estudiantes que manifestaron estilos de apego seguro presentaron niveles más bajos de confusión. Finalmente, los universitarios que manifestaron los estilos de apego temeroso y preocupado, mostraron un considerable rechazo emocional. Además, se hallaron diferentes variaciones según los estilos de apego (28).

Pini et al (Italia, 2014) realizaron una investigación para evaluar las asociaciones entre el trastorno de ansiedad por separación de adultos (ASAD), el estilo de apego adulto y la agorafobia en pacientes con trastorno de pánico. Se incluyeron a 141 participantes que fueron pacientes adultos con trastorno de pánico. Los participantes completaron medidas estandarizadas de ansiedad por separación, estilo de apego, agorafobia, gravedad del trastorno de pánico y calidad de vida. Un 49,5% tenía síntomas severos de pánico y más deterioro en la calidad de vida que aquellos sin ansiedad por separación. Se encontró una mayor tasa de síntomas sugestivos de apego ambivalente entre los pacientes de pánico con ansiedad por separación de adultos en comparación con aquellos sin ansiedad por separación de adultos. Sin embargo, la relación entre la ansiedad por separación de adultos y el estilo de apego no es fuerte, y la ansiedad por separación de adultos ocurre en algunos pacientes que informan un estilo de apego seguro. Por otro lado, el análisis factorial mostro una detallada diferenciación de los síntomas de ansiedad agorafóbica y de separación. El estudio exhibió que el trastorno de ansiedad por separación del adulto es una

afección distinta asociada con mala calidad de vida por lo cual debe reconocerse y tratarse mejor en pacientes que presenten trastorno del pánico (29).

Valderrama (PERU, 2021), realizó un estudio transversal para analizar la relación entre estilos de apego y el desarrollo de síntomas psicopatológicos en estudiantes universitarios. Utilizaron el cuestionario de Modelos Internos de Relaciones de Apego Adulto – versión reducida (Camir–R) y para la medición de la variable sintomatología psicopatológica el cuestionario Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45). Se evidenció, que existe asociación entre los diferentes tipos de estilos de apego y síntomas psicopatológicos (somatización, sensibilidad interpersonal y psicoticismo, obsesiones, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica e ideación paranoide) (30).

Estrada et al., (España, 2010), desarrollo un estudio transversal para determinar los factores asociados al síndrome de pánico. Incluyeron a 1275 participantes. Se encontró que el 10% de la población con edades de 6 a 11 años, presentaron trastorno de pánico. Asimismo, identificó que el consumo de tranquilizantes se asocia independientemente; otras variables que resultaron significativas fueron antecedente de abuso psicológico en la infancia, acontecimientos estresantes importantes durante los últimos seis meses. También evidenciaron que el trastorno de pánico es cuatro veces más frecuente en pacientes que padecen depresión mayor. Por otra parte, el tener un buen nivel de apoyo social resultó ser potencialmente un factor protector y que tener una adecuada actividad física disminuye mencionado riesgo (31).

Hisanobu Kaiya et al., (Japón. 2005). Realizaron un estudio transversal para evaluar los factores asociados con el desarrollo de ataque de pánico y trastorno de pánico: encuesta en la población japonesa. Los factores ambientales, además

de los factores genéticos, pueden estar relacionados con el desarrollo de un ataque de pánico (AP) y un trastorno de pánico (EP). Se incluyeron a 4000 participantes. Se encontró que las variables que incluían "disgusto por el ejercicio físico", principalmente en mujeres, y "vivir en áreas con un invierno más largo", en sujetos masculinos, como factores de riesgo. Además, indico que el estilo de vida, como el gusto / desagrado por el ejercicio físico y los factores ambientales, incluidas las condiciones climáticas, podrían desempeñar un papel parcial en el desarrollo de trastorno y ataques de pánico (32).

El estudio se va a realizar debido a la falta de información local, carencia de estudios de investigación sobre los estilos de apego en mayores de 18 años ya que los estudios anteriormente realizados fueron en niños y adolescentes, en relación con su evolución, los desenlaces y comorbilidades asociados a este, en particular de aquellos que comprometen de manera directa la calidad de vida del paciente. Además, debemos conseguir la comprensión de la asociación entre los estilos de apego y el trastorno de pánico, para así estructurar programas de sensibilización y conocimiento, con la finalidad de brindar un tratamiento integral y completo para ambos trastornos. Por ello es que se propone realizar la presente investigación, para así conseguir una mejor concientización, y comprensión de ambos problemas de salud mental.

El trastorno de pánico se asocia con una deficiente calidad de vida de los afectados. En el Perú se ha valorado el impacto de que las enfermedades psiquiátricas, las cuales son responsables de aproximadamente 830 000 años de vida perdidos en la clasificación de discapacidad o muerte prematura (33). Los pacientes que padecen este tipo de trastorno, frecuentemente presentan comorbilidades psiquiátricas como depresión, abuso de sustancias e ideación

suicida. Aunque es una afección relativamente común, el trastorno de pánico con frecuencia se pasa por alto y no se trata (34). Por consiguiente, el primer nivel de atención juega un importante papel en la relación médico-paciente, de modo que el paciente tiene su primer contacto con el sistema de salud, y fundamentalmente el llamado a resolver las diferentes patologías mediante un diagnóstico oportuno de los pacientes que acuden, de igual forma está involucrado en la estructuración de modelos de prevención de algunas patologías, por lo cual es fundamental fortalecer los establecimientos de salud de primer nivel.

2.2. Problema científico

¿Cuál de los estilos de apego están asociados al trastorno de pánico en los usuarios atendidos en el centro de salud mental comunitario de Moche?

2.3. Objetivos

Objetivo general:

Determinar los estilos de apego que están asociados al trastorno de pánico en los usuarios atendidos en el centro de salud mental comunitario de Moche.

Objetivos específicos:

- Identificar el estilo de apego que predomina en los usuarios atendidos en el centro de salud mental comunitario de Moche.

- Determinar si los factores sociodemográficos están asociados al trastorno de pánico, así como el OR IC95% de los usuarios atendidos en el centro de salud mental comunitario de Moche.

2.4. Hipótesis

H1: Los estilos de apego están asociados al trastorno de pánico en usuarios atendidos en el centro de salud mental comunitario de Moche.

Ho: Los estilos de apego no están asociados al trastorno de pánico en usuarios atendidos en el centro de salud mental comunitario de Moche.

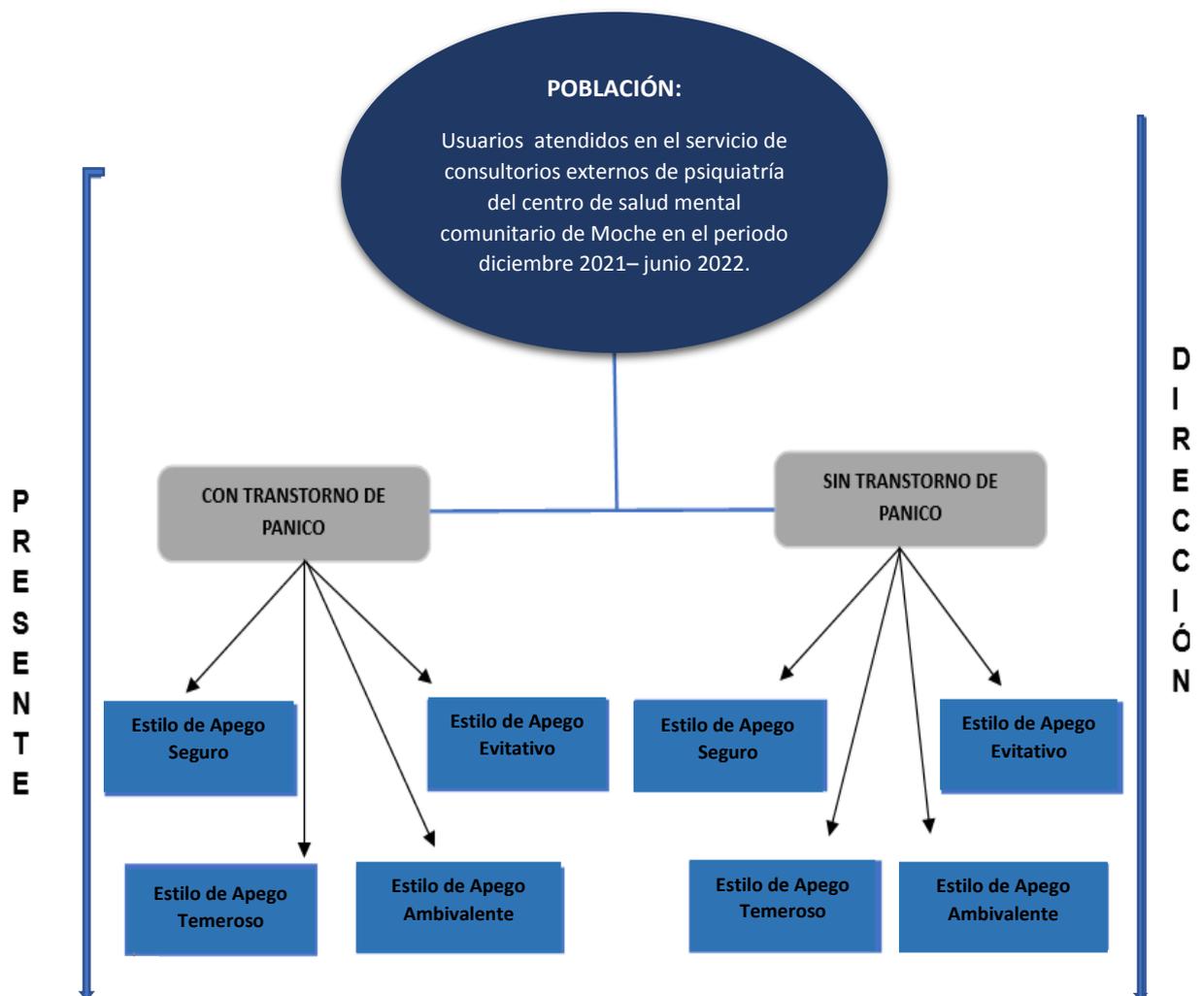
II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño del estudio

Tipo de Estudio

Analítico, de corte transversal.

Diseño Específico:



2.2. Población

Población Universo

Estuvo constituida por el total de pacientes atendidos en consultorios externos de psiquiatría del centro de salud mental comunitario de Moche. Se considera en la muestra a personas con y sin trastorno de pánico esto con la finalidad de realizar el análisis multivariado de regresión logística binaria para predecir los factores asociados a padecer o no la enfermedad.

Población den Estudios

Pacientes atendidos consultorios externos de psiquiatría del centro de salud mental comunitario de Moche en el periodo diciembre 2021 – junio 2022 que cumplieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes ambulatorios
- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes que estén de acuerdo con la intervención.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que presenten algún deterioro neurológico cognitivo.
- Pacientes que presenten alguna enfermedad terminal (insuficiencia cardiaca clase funcional III-IV/IV, cáncer, EPOC fase terminal, ERC estadio IV-V).
- Pacientes con antecedentes de trastornos mentales como esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar, autismo, retraso mental, adicción y trastorno de ansiedad (excepto trastorno de pánico).

Muestra

a. Unidad de análisis:

Son las personas que fueron atendidas en el servicio de psiquiatría a través de consultorio externo del centro de salud mental comunitario de Moche en el periodo diciembre 2021 - junio 2022.

b. Unidad de muestreo:

Son las personas que fueron atendidas en el servicio de psiquiatría a través de consultorio externo del centro de salud mental comunitario de Moche diciembre 2021 – junio 2022 que cumplieron los criterios selectivos.

c. Tamaño muestral:

Presentamos la fórmula utilizada para población conocida (33).

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha pe qe}{E^2}$$

Donde:

n_0 : Tamaño inicial de muestra.

$Z\alpha$: Coeficiente de confiabilidad; el cual es de 1.96 para un nivel de confianza de 95% para la estimación.

pe : Prevalencia de trastorno de pánico 0.8(80%), según revisión bibliográfica de la variable en estudio (20).

$qe = 1-pe$

$peqe$: Variabilidad estimada.

E : Error absoluto o precisión. En este caso se expresará en fracción de uno y será de 0.05 (5%).

Obtenemos:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (pe) (qe)}{(0.05)^2}$$

$$n = 121 \text{ pacientes}$$

Tipos de muestreos

Fue no Probabilístico: Por Conveniencia

2.3. Definición Operacional de variables:

Variable	Tipo de Variables	Escala	Indicadores	Índice
Estilos de Apego	Cualitativa	Nominal	Cuestionarios de relación de Bartholomew y Horowitz	Seguro Temeroso Ambivalente Evitativo
Trastorno de Pánico	Cualitativa	Nominal	Datos obtenidos en el cuestionario sobre la presencia o ausencia del trastorno de pánico.	Si No
Sexo	Categoría Dicotómica	Nominal	Entrevista	Femenino Masculino
Edad	Cuantitativa Discreta	De razón	Entrevista	Años
Grado de Instrucción	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Analfabeto Primarias Secundarias Superior
Estados Civile	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Solteros Conviviente Casados Divorciado Viudos
Tipo de Embarazo	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Planificado No Planificado
Tipo de Parto	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Parto Vaginal Cesárea
Tipo de Cuidado en los 5 Primeros Años de Vida	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Protector No Protector
Cuidador Principal en los Primeros 5 Años de Vida	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Mamá–Papá Papá Mamá Otro

Número de Cuidadores	Cualitativa	Nominal	Entrevista	1 2 3
Conformación del Hogar en los primeros 5 años	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Nuclear No Nuclear
Violencia Psicológica	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Si No
Violencia Física	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Si No
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Empleado Subempleado Desempleado Estudiante Ama de Casa
Estrato Socioeconómico	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Baja Media Alta
Antecedente familiar de trastorno de pánico	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Si No
Relación con Pareja	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Conflictiva No Conflictiva

Definiciones operacionales:

Trastorno de Pánico: El trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad que se manifiesta por ataques de pánico repetidos y repentinos que incluyen palpitaciones, sudoración, dificultad para respirar, malestar en el pecho, malestar abdominal, mareos y miedo a morir (1,2). Actualmente contamos con un cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) (35).

Estilos de Apego: Trastorno del funcionamiento social. Se tomarán en cuenta los siguientes patrones: el estilo seguro, el estilo temeroso, el estilo evitativo y el estilo ambivalente. Se valorará por medio de la aplicación del cuestionario de Bartholomew y Horowitz, además de una escala de 7 puntos con valoración

cualitativa donde se tiene cuatro estilos de apego: temeroso, seguro, evitativo y ambivalente; validado al español por Alonso - Arbiol, en el 2000 este nos permite saber que tan seguros o inseguros están de sus respuestas con relación al estilo de apego que tienen; este cuestionario tiene muchas ventajas entre ellas es breve, evalúa a población adulta, sujeto a sesgos de veracidad, fue probado con 17 804 participante de 62 regiones diferentes y utilizado en 30 idiomas (36).

2.4 Procedimientos y Técnicas

2.4.1. Procedimientos

- I. Con la autorización de la dirección de escuela de la facultad de medicina humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, se envió una solicitud de ejecución de la investigación a la directora del centro de salud mental comunitario de Moche.
- II. Posteriormente con el permiso otorgado, se coordinó los permisos respectivos con el médico de turno de psiquiatría, además de revisar la historia clínica de los pacientes.
- III. Se aplicó a los pacientes que cumplieron los criterios selectivos el cuestionario de Bartholomew y Horowitz (Anexo 1) y se complementaron los datos extraídos de la historia clínica con la entrevista al usuario, agregando los datos establecidos de las diferentes variables a la hoja de recolección, con la finalidad de obtener la data para el respectivo análisis estadístico.

2.5. Plan de Análisis de Datos

Los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 26.0.

a. Estadística Descriptiva:

Cuadros estadísticos, con sus respectivos porcentajes

b. Estadística analítica:

Para analizar estadísticamente las variables cualitativas se utilizó la prueba de X² “test exacto de Fisher para establecer la asociación de variables”, el margen de error fue de 0.05. Luego, se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística para determinar el OR con su respectivo IC al 95%. El OR es más preciso al estimar mejor la asociación de variables que la significancia estadística.

Se considera en la muestra a personas con y sin trastorno de pánico esto con la finalidad de realizar el análisis multivariado de regresión logística binaria para determinar los factores sociodemográficos asociados a padecer o no la enfermedad.

Además, se consideró un 50% de casos con trastorno de pánico y 50% sin trastorno de pánico con la finalidad de medir la asociación entre los factores sociodemográficos edad, sexo, etc.

2.6. Sesgos clásicos

El sesgo de selección es un tipo de sesgo que se presenta a causa de preferencias en la selección de los sujetos de estudio, debido a las diferencias de las características de los sujetos seleccionados y los no seleccionados. Este tipo de sesgo impide generalizar los resultados a toda la población (37).

El Sesgo de recuerdo o memoria es un tipo de sesgo que se presenta durante la recolección de los datos y tiene que ver con la información proporcionada que puede ser incorrecta debido a confusión, olvido, ignorancia, desconfianza e incomprensión de la encuesta (37).

2.7. Aspectos Éticos

La presente investigación se desarrolló, tomando en cuenta, los principios éticos, establecidos en la Declaración de Helsinki de la AMM y considerando la «La Declaración de Ginebra», que se encuentra basado en el juramento hipocrático. Además, se contemplaron los Principios del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú. (38) (39).

III. RESULTADOS

El presente estudio incluye la información de pacientes atendidos en psiquiatría a través de consultorios externos del centro de salud mental comunitario de Moche. Durante los meses de diciembre 2021 – junio 2022 en Trujillo. Se incluyeron a 121 pacientes que cumplían con los criterios selectivos. A continuación, presentamos los resultados de acuerdo al orden de los objetivos.

La Tabla N° 1 muestra los resultados del objetivo general donde se aprecia la asociación que existe entre los estilos de apego seguro con la población sin pánico y el estilo temeroso con la población con pánico; Sig. 0.044 y Sig. 0.00 respectivamente; pero no existe asociación entre los estilos de apego evitativo y ambivalente con la variable trastorno de pánico; debido a que los valores hallados de la asociación significativa oscilaron de 0.163 a 0.205. Valores mayores a 0.05, que es el margen de error aceptado. Además, el análisis

multivariado arrojó que el tipo de apego temeroso es un factor de riesgo con una estimación de 7 veces más probabilidad para presentar trastorno de pánico (OR= 7; IC95%: 1,265– 38,734; $p < 0,05$).

La Tabla N° 2 muestra los resultados del objetivo específico uno donde se aprecia las frecuencias y porcentajes de los estilos de apego en la población de estudio, se halló un mayor porcentaje en el estilo de apego seguro (43.8%), seguido del apego temeroso (41.3%), y del apego de evitativo (8.3%) y por último el estilo de apego ambivalente (6.6%).

En la Tabla N° 3 se muestra los resultados del objetivo específico dos donde se presenta los factores sociodemográficos asociados al trastorno de pánico, el factor ocupación del tipo desempleado tiene un valor de asociación $p=0.025$, OR= 6.940, con un IC95% (1.269-37.945); lo que indica que el factor ocupación del tipo desempleado está asociado significativamente con el trastorno de pánico, y con un riesgo de 6.9 veces más la probabilidad de padecer este trastorno. Así mismo el factor ocupación estudiante $p=0.031$, OR= 14.570, IC95% (1.274 - 166.567); lo que indica que el factor ocupación del tipo estudiante está asociado significativamente con el trastorno de pánico, y con un riesgo de 14.5 veces más la probabilidad de padecer este trastorno.

Además, los factores no asociados fueron la edad con una media en los pacientes sin pánico 44.4 años y con pánico 46 años. El sexo que prevalece en los pacientes sin pánico femenino 72.1% y con pánico 68.3% frente al masculino sin pánico 27.9 % y con pánico 31.7%. El grado de instrucción que predomina en los pacientes con pánico es el nivel superior con 50%. El estado civil que predomina es el conviviente, seguido del estado civil casado. El cuidador predominante son los padres. El número de cuidadores que predomina es “2

cuidadores”. La ocupación predominante es el empleado. El estatus socioeconómico predominante es el estrato medio. El tipo de embarazo predominante fue el no planificado. El tipo de parto predominante es el parto vaginal. El tipo de cuidado en los primeros 5 años predominante fue el protector. La conformación familiar predominante es la familia nuclear. Predomina la presencia de violencia psicológica. Predomina la ausencia de violencia física. Presencia de antecedente familiar de pánico en casos sin pánico 19.7% frente al antecedente familiar de pánico en casos con pánico 5%. La relación de pareja que predomina es la no conflictiva.

Tabla N° 1

Determinar los estilos de apego que están asociados al trastorno de pánico en los usuarios atendidos en el Centro de salud mental comunitario de Moche.

		Estilos de Apego =	Seguro	Temeroso	Evitativo	Ambivalente
T. Pánico	Prueba exacta de Fisher Significación exacta (bilateral)		0,43	0,03	0,81	0,16
	N de casos		121	121	121	121

Estilos de Apego		Sin pánico		Con pánico		pValor	OR	IC95%	
		f	%	f	%			Inferior	Superior
Seguro	No	21	34,4%	32	53,3%				
	Si	40	65,6%	28	46,7%	0.43	0.5	0.094	2.759
Temeroso	No	26	42,6%	45	75,0%				
	Si	35	57,4%	15	25,0%	0.03	7	1.265	38.734
Evitativo	No	58	95,1%	53	88,3%	0.81	1.3	0.158	10.45
	Si	3	4,9%	7	11,7%				
Ambivalente	No	59	96,7%	54	90,0%	0.16			
	Si	2	3,3%	6	10,0%				

Tabla N° 2

Identificar el estilo de apego que predomina en los usuarios atendidos en el Centro de salud mental comunitario de Moche.

Tipo de apego	Frecuencia	Porcentaje
Seguro	53	43.8%
Temeroso	50	41.3%
Evitativo	10	8.3%
Ambivalente	8	6.6%
Total	121	100%

Gráfico N° 1: Distribución porcentual de los tipos de apego en pacientes atendidos en el Centro de salud mental comunitario de Moche.

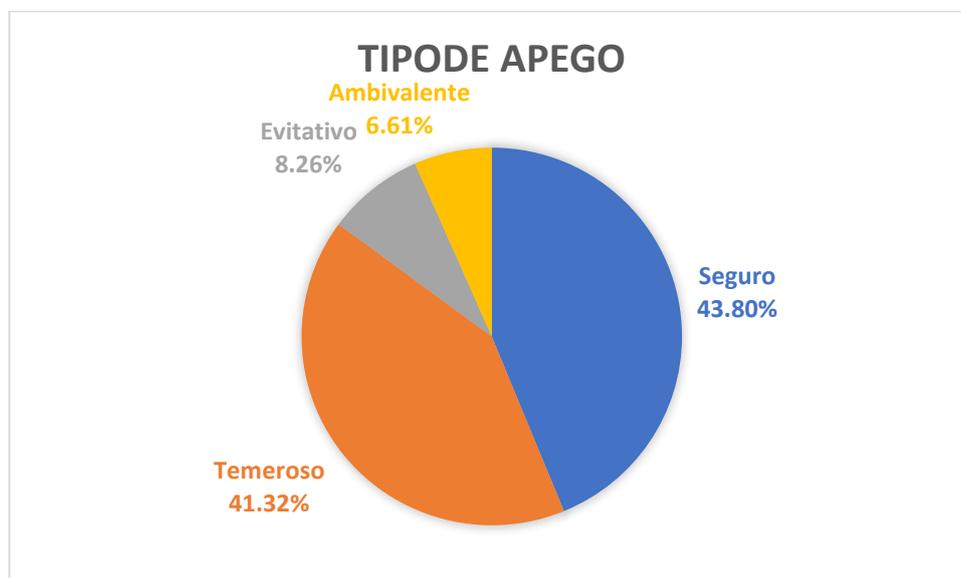


Tabla N° 3

Análisis multivariado de las variables asociadas a trastorno de pánico en pacientes atendidas en el Centro de salud mental comunitario de Moche diciembre 2021 – junio 2022 – Trujillo.

		PÁNICO							
		Sin pánico		Con pánico		pValor	OR	IC95%	
		f	%	f	%			Inferior	Superior
Edad		44,41		46		0.220	1.035	0.980	1.094
Sexo	Femenino	44	72.1%	41	68.3%	0.579	1.537	0.337	7.010
	Masculino	17	27.9%	19	31.7%				
Grado de instrucción	Analfabeto	2	3.3%	0	0.0%	0.999	NS		
	Primaria	4	6.6%	5	8.3%	0.999	NS		
	Secundaria	20	32.8%	25	41.7%	0.999	NS		
	Superior	35	57.4%	30	50.0%	0.999	NS		
Estado civil	Soltero	13	21.3%	13	21.7%	0.898	0.879	0.121	6.371
	Conviviente	21	34.4%	20	33.3%				
	Casado	19	31.1%	15	25.0%				
	Divorciado	8	13.1%	8	13.3%				
	Viudo	0	0.0%	4	6.7%				
Cuidador 5 años	Padres	46	75.4%	40	66.7%	1.000	0.000	0.000	
	Papa	1	1.6%	2	3.3%	1.000	16.698	0.000	
	Mama	3	4.9%	6	10.0%	0.999	NS	0.000	
	Otro	11	18.0%	12	20.0%				
N cuidadores	1 cuidador	4	6.6%	6	10.0%	0.999			
	2 cuidador	49	80.3%	48	80.0%				
	3 cuidador	7	11.5%	5	8.3%				
	4 cuidador	1	1.6%	1	1.7%				
	5 cuidador	0	0.0%	0	0.0%				
Ocupación	Empleado	30	49.2%	16	26.7%	0.025	6.940	1.269	37.945
	Subempleado	13	21.3%	9	15.0%				
	Desempleado	6	9.8%	18	30.0%				
	Estudiante	2	3.3%	8	13.3%				

	Ama de casa	10	16.4%	9	15.0%	0.663	1.490	0.248	8.940
Socioeconómico	Bajo	3	4.9%	12	20.0%	0.999			
	Medio	58	95.1%	48	80.0%				
Tipo de embarazo	Planificado	4	6,6%	6	10.0%				
	No planificado	57	93,4%	54	90.0%	0,177 4,460			
Tipo de parto	Parto vaginal	52	85.2%	51	85.0%				
	Cesárea	9	14.8%	9	15.0%	0.457	0.440	0.051	3.829
Tipo cuidado 5 años	Protector	38	62.3%	40	66.7%				
	No protector	23	37.7%	20	33.3%	0.813	1.199	0.266	5.406
Conformación hogar 5 años	Nuclear	46	75.4%	41	68.3%				
	No nuclear	15	24.6%	19	31.7%	1,000			
V. Psicológica	Sin violencia	27	44.3%	27	45.0%				
	Con violencia	34	55.7%	33	55.0%	0.699	0.774	0.212	2.829
V. Física	Sin violencia	54	88.5%	57	95.0%				
	Con violencia	7	11.5%	3	5.0%	0.271	5.509	0.264	115.073
Antecedente pánico	Sin antecedente	49	80.3%	57	95.0%				
	Con antecedente	12	19.7%	3	5.0%	0.071	0.127	0.014	1.197
Relación pareja	No conflictiva	36	59.0%	41	68.3%				
	Conflictiva	25	41.0%	19	31.7%	0.651	0.723	0.177	2.945

Fuente: Hoja de recolección de datos

IV. DISCUSION

El trastorno de pánico, es uno de los más comunes en la población (40), se caracteriza por ataques de pánico asociados a una ansiedad repentina con síntomas fisiológicos de modo que afectan el normal desarrollo laboral, familiar y social disminuyendo el bienestar de las personas con este trastorno (41). Además, “se considera una enfermedad multifactorial resultante de la interacción de múltiples factores genéticos y ambientales” (42).

Algunas investigaciones han indicado que “los estilos de apego son relevantes para el desarrollo del trastorno de pánico y que existe una relación entre los tipos de estilos de apego y el mayor riesgo de padecer alguna psicopatología” (28).

En la presente investigación se encontró asociación entre los estilos de apego temeroso con una significancia de $p=0.00$, con la variable trastorno de pánico; este resultado se asemeja a lo hallado por Martínez Moreno et al., (7). (Colombia, 2019), donde los estilos de apego especialmente los estilos temeroso y evitativo son causantes de los diferentes trastornos de ansiedad, dentro de los cuales es el trastorno de pánico (43) (44). De igual forma Gaspar et al., (2009) encontró que el apego ambivalente está asociada al trastorno de pánico ($OR=3,28$; $p=0,032$) (44).

Sin embargo, en algunos estudios reportan otras variables que influyen en el proceso “la formación de una psicopatología ansiosa, como los tipos de crianza, y los núcleos familiares, las relaciones interpersonales y la predisposición genética también participan en el origen de los trastornos de ansiedad” (45) (46).

A su vez, el análisis multivariante mostró que el tipo de estilo de apego temeroso permite asociar el trastorno de pánico, mediante la regresión logística, donde se evidencio que esta variable es un factor de riesgo para presentar trastorno de pánico. Este resultado es similar a los obtenidos en el modelo predictor de los trastornos de ansiedad y fobia social (47). De igual forma en la investigación realizada por Estrada (31) el análisis de regresión logística mostro algunas variables similares dentro de nuestro modelo predictor. Entre los principales hallazgos de su estudio reporto que “las mujeres tienen casi el doble de riesgo de presentar trastorno de pánico; igualmente, el haber sufrido abuso psicológico

en la infancia y otros acontecimientos vitales estresantes importantes durante los seis meses previos, antecedente de depresión mayor”.

Respecto a los estilos de apego se encontró que existe una predominancia de los estilos de apego seguro y temeroso (43.8% y 41.3%), y una cantidad menor presentaron estilos de apego ambivalente y evitativo. Resultado similar a lo hallado por Avendaño (2019) donde hallaron que el 42.7% presentan apego seguro; el 37.8%; apego evitativo; el 12.2%, apego ambivalente y apego temeroso 7.3%: En general un 57.3% se identifica con un apego inseguro (48). Resultado similar a lo hallado por Mayorga y vega (2021) donde el 39,79% tiene apego seguro; el 35,37% tiene apego evitativo y el 24,82% tiene apego ambivalente (7).

A través del análisis de regresión logística los resultados de los factores sociodemográficos y de características generales se halló que el desempleo y ser estudiante se asocian significativamente ($p < 0.05$) al trastorno de pánico y con un OR= 6,9 y 14,5 respectivamente. Estos hallazgos son similares a los obtenidos por Jonge et al., (2016) (49) y con estudios internacionales (50) (51), la situación laboral (especialmente desempleado), se asociaron a trastorno de pánico, considerándose como factores de riesgo. En vista de que, informes anteriores han encontrado que el pánico como trastorno comórbido está relacionado con un curso adverso de otros trastornos mentales (52). Asimismo, los resultados de Hinojosa mostraron resultados similares en una población de estudiantes universitarios donde 171 desarrollaron trastorno de pánico después de acabar el primer año, debido a no hacer ejercicio, dormir pocas horas y tomar alcohol, además el sexo femenino está más asociado a padecer trastorno de pánico en la universidad (53). Por otro lado, en nuestro estudio se encontró que

la afectación fue más frecuente en mujeres, de forma similar Jacobi et al., (54) reporto que las tasas generales fueron mayores en mujeres (33% frente a 22% en hombres). Del mismo modo en otra investigación reportaron que “las mujeres tienen el doble de probabilidades de verse afectadas que los hombres” (55).

En cuanto a los aspectos epidemiológicos nuestros resultados muestran que la media para la edad para el grupo con trastorno de pánico es 46,0 y 44,4 para el grupo sin trastorno de pánico. Estos hallazgos están en línea con estimaciones de estudios anteriores donde la edad máxima de inicio fue a los 32 años (56) (57). Las personas en este grupo de edad suelen tener más presión en sus ámbitos familiares y laborales y, por lo tanto, es más probable que desarrollen este trastorno y/o ataques de pánico (58). Por otro lado, este resultado sugiere que los pacientes de mediana edad deberían ser la población clave para el diagnóstico exacto de trastorno de pánico realizado por el médico general en atención primaria y para los tratamientos específicos con terapia cognitiva conductual y antidepresivos, las cuales son terapias de primera línea efectiva (59).

Las variables violencia física y psicológica no presentaron significancia estadística ($p > 0.05$), por lo tanto, no se consideran factores asociados a trastorno de pánico, estos resultados difieren con los estudios realizados por Quagliato et al., (42) y Zang et al., (60), puesto que evaluaron biológicamente una asociación inmunológica, con el antecedente de violencia física y/o psicológica. La influencia de la violencia en el desarrollo de trastorno de pánico, activaría un mecanismo que impacta en los marcadores inflamatorios, produciendo una desregulación del sistema inmunológico como un posible mediador biológico. Los análisis para tipos específicos violencia revelaron que

estos impactan diferencialmente en los marcadores inflamatorios individuales, y se observó una asociación significativa entre el abuso físico y el marcador inflamatorio IL-2R en pacientes con trastorno de pánico. Asimismo, en un estudio reciente efectuado por Yu et al., (2022) (61), encontraron una asociación entre la proteína transmembrana 132D (TMEM132D) la cual es un gen sensible al trastorno de pánico (TP), de modo que la metilación de CpG2 de TMEM132D tiene un efecto mediador completo entre el trastorno de pánico y la violencia física, por lo que, la interacción entre la metilación de TMEM132D y la violencia física especialmente en edades tempranas (infantil) puede predecir el trastorno de pánico (62).

Con respecto al dato de relación de pareja (conflictiva/no conflictiva), no se halló una asociación significativa ($p= 0,651$), resultado que difiere con otros estudios como el de Murillo et al., (63) y Ponce et al., mostraron significancia estadística, considerándose un factor de riesgo asociado al trastorno de pánico, debido a que, “la persistencia de un conflicto crónico en la relación de pareja incide directamente en la posibilidad de que se produzcan conductas de violencia de género, así como consecuencias negativas sobre la salud mental de la pareja” (64). Además, presentarían dependencia emocional asumiendo conductas de sumisión y subordinación esto estaría asociado a la violencia en la relación de pareja (64).

Asimismo las variables conformación del hogar, cuidador principal, cuidado protector no evidenciaron significancia estadística, los resultados obtenidos no coinciden con los de Zang et al., (60) donde la disfunción del hogar, separación de los padres (OR :1.82 IC 95%: 1,14-2,50) se asociaron a trastorno de ansiedad; por otra parte, Rando y Cano (54) hace referencia al “estado protector

de los padres, donde los padres muy controladores pueden aumentar la aparición de miedos, al no proporcionar recursos de afrontamiento ante diversas situaciones”.

Nuestro estudio presenta limitaciones y fortalezas, como limitaciones se exponen las relacionadas con investigaciones de corte transversal, especialmente de causalidad, por lo tanto, algunos factores deben ser validados con diseños de estudios experimentales además el tamaño muestral fue relativamente pequeña, con un tipo de muestreo no probabilístico realizado. Asimismo, es necesario evaluar otras variables que puedan influir como el antecedente de algún trastorno mental y valorar un diseño de estudio multicéntrico en investigaciones futuras para que los datos obtenidos sean generalizables y presenten validez externa.

Desde otra perspectiva, dentro de las fortalezas, estos hallazgos ofrecen una nueva visión sobre la necesidad de una mayor conciencia y comprensión del trastorno de pánico. Múltiples factores pueden influir en el riesgo de desarrollo, recurrencia o persistencia del trastorno de pánico, por lo tanto, con los resultados del estudio se sugiere construir un modelo integral de valoración de trastorno de pánico este modelo integrador podría ayudar a los médicos a identificar a las personas con alto riesgo y proporcionar contenido para futuras investigaciones.

V. CONCLUSIONES

1. El tipo de estilo de apego Temeroso es un factor asociado a trastorno de pánico en usuarios atendidos en el centro de salud mental comunitario. (OR= 7; IC95%: 1,265– 38,734; $p < 0,05$).

2. El tipo de estilo de apego seguro (43.8%) es predominante en el grupo no pánico mientras en el grupo pánico el estilo de apego predominante fue el temeroso (41.3%).

3. El análisis multivariado identificó que los factores sociodemográficos, características más influyentes para el desarrollo de trastorno de pánico en usuarios atendidos en el centro de salud mental comunitario de Moche son el tipo de ocupación desempleo y estudiante (OR= 6,9; IC95%: 1,269 - 37,945; $p < 0,05$ y OR= 14,5; IC95%: 1,274 - 166,5675; $p < 0,05$ respectivamente).

VI. RECOMENDACIONES

1. Promover programas integrales que incluyan estrategias de sensibilización a la población sobre este trastorno y sus factores de riesgo asociados con el propósito de establecer un mecanismo de comunicación válido y efectivo para su tratamiento y prevención.

2. Fomentar la intervención psicoterapéutica mediante terapias cognitivo-conductuales, las cuales se centran principalmente en los diferentes cambios cognitivos, conductuales y emocionales que conducen a la mejora significativa de los síntomas.

3. Se recomienda, además, realizar estudios futuros de tipo ensayos controlados aleatorios de alta calidad que evalúen la eficacia en el resultado del tratamiento con terapias cognitivo-conductual en pacientes con modalidad de estilo de apego negativo que desarrollen trastorno de pánico.

4. Aumentar la comprensión de los estilos de apego en la población de estudiantes de medicina, puesto que, enfrentan múltiples responsabilidades, expectativas, y capacitación competitiva. Por consiguiente, los estilos de apego desempeñan un papel fundamental en la estructuración de las relaciones en la sociedad y calidad de vida. Por esta razón, se debe establecer la exploración psicopatológica individualizada a través de entrevistas clínicas por profesionales de la salud mental, con el propósito de promover la intervención para el bienestar psicológico de los estudiantes, mediante psicoeducación o talleres socioemocionales.

5. Finalmente, se recomienda a las unidades de investigación de las diferentes instituciones hospitalarias especialmente del departamento de psiquiatría la ejecución de estudios que analicen y profundicen el conocimiento de las implicancias que tiene los estilos de apego adulto en otros aspectos psicológicos.

VII. REFERENCIAS

1. Pompoli A FTIHTAEOSG. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Apr; 4.
2. Shin J PDRSHJKSJH. Clinical implications of agoraphobia in patients with panic disorder. *Medicine (Baltimore).* 2020 Jul; 99(30).
3. Instituto Nacional de Salud Mental. [Online]. Available from: <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/016.html>.
4. Pacheco Vásquez DR GAJ. Prevalencia de trastornos mentales en población peruana con COVID-19 atendida en el programa “Te Cuido Perú”. *Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica.* 2021; 40(9).
5. Facts and Statistics on Anxiety Disorders: Prevalence, Impact, & Treatment - The Recovery Village Drug and Alcohol Rehab. [Online].; 2022 [cited 2023

- 03 10. Available from: <https://www.therecoveryvillage.com/mental-health/anxiety/anxiety-disorder-statistics/>.
6. Infobae. El ataque de pánico: un mal que afecta al 30% de la población mundial. [Online].; 2015 [cited 2023 02 15. Available from: <https://www.infobae.com/2015/09/10/1754073-el-ataque-panico-un-mal-que-afecta-al-30-la-poblacion-mundial/#:~:text=Tres%20de%20cada%20diez%20personas,mundo%20sufr%C3%A9n%20ataques%20de%20p%C3%A1nico.>
 7. Mayorga Parra JA, Vega Falcón V. Relación entre estilos de apego y estrategias de regulación emocional en estudiantes universitarios. *Revista Psicología UNEMI*. 2021; 5(9).
 8. Politis S BSHMGRPPPDea. Epidemiology of panic disorder and subthreshold panic symptoms in the Greek general population. *Psychiatr Psychiatr*. 2020 Sep; 31(3).
 9. Baker HJ HAWP. Adolescents' lived experience of panic disorder: an interpretative phenomenological analysis. *BMC Psychol*.. 2022 Jun; 10(1).
 10. Pompoli A FTEOIHTASG. Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: a systematic review and component network meta-analysis. *Psychol Med*. 2018 Sep; 48(12).
 11. Gómez Ayala A. Trastornos de ansiedad. Agorafobia y crisis de pánico. *Farm Prof*. 2012 Nov; 26(6).
 12. Crisis de angustia y trastorno de angustia - Trastornos psiquiátricos Manual MSD versión para profesionales. [Online]. [cited 2021 09 03. Available from: [https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/crisis-de-angustia-y-trastorno-de-angustia.](https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/crisis-de-angustia-y-trastorno-de-angustia)
 13. Escamilla Canales I. Trastornos de ansiedad (I). Trastorno de ansiedad generalizado. Trastorno de pánico. *Medicine (Baltimore)*. 2011 Sep; 10(85).
 14. Graeff F. Translational approach to the pathophysiology of panic disorder: Focus on serotonin and endogenous opioids. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017 May; 76(A).
 15. Sawchuk CN RBPNCCJGJMSea. Panic Attacks and Panic Disorder in the American Indian Community. *J Anxiety Disord*. 2017 May; 48(6).
 16. Schetsche C MA. Attachment Styles, Personality, and Frustration Intolerance. *Health Psychol Res*. ; 9(1).

17. Totzeck C TTHSvBRZXWAea. Affective Styles in Panic Disorder and Specific Phobia: Changes Through Cognitive Behavior Therapy and Prediction of Remission. *Behav Ther.*. 2020 May; 51(3).
18. Hong M MDCHLSCSLKea. Incidence and Comorbidity of Reactive Attachment Disorder: Based on National Health Insurance Claims Data, 2010-2012 in Korea. *Psychiatry Investig.* 218 Feb; 15(2).
19. Influence of adult attachment style on the perception of social and non-social emotional scenes - Pascal Vrtička, David Sander, Patrik Vuilleumier, 2012. [Online].; 2012 [cited 2021 09 05. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0265407512443451>.
20. Manicavasagar V SDMCWRs. *Aust N Z J Psychiatry.* 2009 Feb; 43(2).
21. Lehmann S MSEHBKYDDCea. Development and Examination of the Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder Assessment Interview. *Assessment.* 2020 Jun; 27(04).
22. Marganska A GMMR. Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *Am J Orthopsychiatry.* 2013 Jan; 83(1).
23. Marazziti D DBCDMDMCGDDAea. Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectr.* 2007 Oct; 12(10).
24. McKenzie R DR. Autism and attachment difficulties: Overlap of symptoms, implications and innovative solutions. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2017 Oct; 22(4).
25. Estilos de apego y niveles de ansiedad en la relacion de pareja. [Online]. [cited 2021 09 20. Available from: <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/9564/n/28.-mamos-ramirez-patricia-2017-estilos-de-apego-y-niveles-de-ansiedad-en-la-relacion-de-pareja>.
26. Zalaznik D WMHJ. Improvement in adult anxious and avoidant attachment during cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Psychother Res J Soc Psychother Res.* 2019 Apr; 29(3).
27. Péntzes I CESTCITF. Adult attachment and parental bonding in irritable bowel syndrome and in panic disorder - Implications for psychotherapy. *Ideggyogyaszati Szle.* 2016 Nov; 69(9-10).
28. Guzmán-González M CNFPTCVD. Estilos de Apego y Dificultades de Regulación Emocional en Estudiantes Universitarios. *Estilos de Apego y Dificultades de Regulación Emocional en Estudiantes Universitarios.* 2016 May; 25(01).

29. Pini S AMTASACGSKea. The relationships among separation anxiety disorder, adult attachment style and agoraphobia in patients with panic disorder.. J Anxiety Disord. 2014 Dec; 28(8).
30. Valderrama Loza AdR. Estilos de apego adulto y síntomas psicopatológicos en estudiantes de una universidad privada de Arequipa 2020 Arequipa: Universidad Católica San Pablo; 2021.
31. Estrada D. Factores potenciales de riesgo para síndrome de pánico: estudio transversal de una muestra de atención primaria. 63430th ed.: Universidad de Granada; 2010.
32. Kaiya H UTHSiOYST. Factors associated with the development of panic attack and panic disorder: survey in the Japanese population. Psychiatry Clin Neurosc. 2005 Apr; 59(2).
33. Fiestas F PM. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014 Jan; 31(1).
34. Kroenke K SRWJMPLB. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. Ann Intern Med. 2007 Mar; 146(5).
35. Sandín B CPVRSACGM. Cuestionario de pánico y agorafobia (CPA): características de los ataques de pánico no clínicos. Rev Psicopatología Psicol Clínica. 09 2021; 9(2).
36. Mother-infant attachment style as a predictor of depression among female students. [Online].; 2021 [cited 2023 03 11. Available from: https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=ni_oXsUAAAAJ&citation_for_view=ni_oXsUAAAAJ:9yKSN-GCB0IC.
37. Manterola C, Otzen T. Los Sesgos en Investigación Clínica. Morphol. 2015; 33(3).
38. The World Medical Association. Declaración de Helsinki - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Online].; 2021 [cited 2023 03 10. Available from: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
39. Ley N° 26842. [Online]. [cited 2023 03 10. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>.
40. Shin B OJKBKHKHKSea. Effectiveness of Self-Guided Virtual Reality–Based Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder: Randomized Controlled Trial. JMIR Ment Health. 2021 Nov; 8(11).

41. Chawla N ATCKTPMGAJea. Drug treatment for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *The BMJ*. 2022 Jan; 37(6).
42. Quagliato LA CDdMUNA. Physical abuse during childhood predicts IL-2R levels in adult panic disorder patients. *J Affect Disord*. 2021 Dec; 259(1440).
43. Martínez-Moreno María Alejandra MSLNODMSVCDA. El apego como precursor de una psicopatología ansiosa. [Online].; 2022 [cited 2023 03 11. Available from: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/14365/1/2019_apego_precursor_psicopatologia.pdf.
44. Gaspar et.al.. Diferenças de gênero nas associações de trauma na infância e apego no transtorno do pânico. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2009; 31(4).
45. Jakobsen IS HLFD. Childhood anxiety/withdrawal, adolescent parent–child attachment and later risk of depression and anxiety disorder. *J Child Fam Stud*. 2012; 21.
46. Brown AM WS. Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. *J Anxiety Disord*. 2008; 22(2).
47. Sierra JC ZIFPA. Factores asociados a la ansiedad y fobia social. Factores asociados a la ansiedad y fobia social. 2006 Sep; 6(2).
48. Avendaño Carbajal ZL. Estilos de apego adulto y sintomatología psicopatológica en estudiantes de una universidad pública de Cusco Cusco; 2019.
49. De Jonge P RALCFBSBESDea. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety*. 2016 Dec; 33(12).
50. Weissman MM BRGFCGSHHea. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Apr; 54(4).
51. Kessler RC CWJRRASKWE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Apr; 63(4).
52. Bruce SE YKOMEJWRPMea. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry*. 2005 Jun; 162(6).

53. Hinojosa Morey M. Variables predictoras de ansiedad en estudiantes universitarios. 11201159728th ed.
54. Jacobi F HMSJMSGASLea. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2014 Nov; 23(3).
55. Asociación de Ansiedad y Depresión de América, ADAA. Hechos y Estadísticas. [Online]. [cited 2023 03 11. Available from: <https://adaa.org/understanding-anxiety/facts-statistics>.
56. Gensichen J SHTBJBCTTSUea. Panic Disorder in Primary Care. *Dtsch Arztebl Int.* 2019 Mar; 116(10).
57. Goodwin RD FCRSCFTEdGRea. The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol.* 2005 Aug; 15(4).
58. Liu Z LPYHLMYJMCea. Future Trends in Disability and Its Determinants Among Chinese Community Patients With Anxiety Disorders: Evidence From a 5-Year Follow-Up Study.. *Front Psychiatry.* 2021 Dec; 12.
59. Cackovic C NSMR. Panic Disorder. En: *StatPearls.* [Online].; 2022 [cited 2023 03 11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430973/>.
60. Zhang J WPSSMSR. Association between panic disorder and childhood adversities: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2021 Nov; 1(11).
61. Yu Q WCXHWYDHLNea. The mediating role of transmembrane protein 132D methylation in predicting the occurrence of panic disorder in physical abuse. *Front Psychiatry.* 2022; 13.
62. Xu H ZYYSWYMZHZe. Nitric Oxide Synthase Type 1 Methylation Is Associated With White Matter Microstructure in the Corpus Callosum and Greater Panic Disorder Severity Among Panic Disorder Patients. *Front Neurol.* 2021 Oct; 12.
63. Murillo FH VCRM. El conflicto de pareja como variable asociada a la violencia de género contra la mujer : consecuencias sobre la salud sexual y mental. *Rev Psicopatología Psicol Clínica.* 2004 Jan; 9(1).
64. Ponce-Díaz CR ATJAdlHM. Dependencia emocional, satisfacción con la vida y violencia de pareja en estudiantes universitarias. *Propósitos Represent.* 2019 Dec; 7.

VIII. ANEXOS

Consentimiento Informado

Estoy de acuerdo en participar en el estudio que realiza la estudiante de la Universidad Privada Antenor Orrego, de la escuela profesional de Medicina Humana. Estoy enterado que voy a contestar una encuesta, teniendo como objetivo obtener información en relación a mi persona. Mi decisión es completamente voluntaria, no habrá ninguna consecuencia que dañe a mi persona, no realizaré ningún gasto y no recibiré ningún pago por mi participación.

ANEXO 1: CUESTIONARIO DE RELACION

Cuestionario de Relación

Bartholomew y Horowitz, 1991

Adaptación al castellano de I. Alonso-Arbiol y S. Yárnoz-Yaben, 2000.

Seguidamente aparecen varios párrafos referidos a nuestra forma de relacionarnos con los demás. Por favor, rodee con un círculo el párrafo que mejor se adecue a su forma de relacionarse afectivamente de entre los cuatro siguientes:

1. Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómodo tanto en las situaciones en que tengo que confiar en los demás como en aquellas en que otros han depositado su confianza en mí. El hecho de estar sólo/a o de que los demás no me acepten no me trastorna.

2. Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí.

3. Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancia de lo que a mí me gustaría. Me siento perdido/a cuando no estoy en una relación afectiva, pero a veces me altera que los demás no me valoren tanto como yo les valoro a ellos.

4. Me siento mal cuando me acerco emocionalmente a los otros. Quiero mantener relaciones afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que pueda sufrir si no guardo las distancias con los demás.

Además, por favor deberá rodear con un círculo el número que refleje mejor su grado de acuerdo con la idea que se expresa en cada párrafo, según la siguiente escala:

Total, Desacuerdo	Bastante en Desacuerdo	Un poco en Desacuerdo	Ni Desacuerdo ni Acuerdo	Un poco de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

ANEXO Nº 02

PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha..... Nº.....

DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2. Sexo: Femenino Masculino

1.3. Edad: _____

1.4. Grado de instrucción: Analfabeto Primaria Secundaria
 Superior

1.5. Estado civil: Soltero Conviviente Casado Divorciado Viudo

1.6. ¿Su embarazo fue? Planificado No Planificado

1.7. ¿Cómo nació? Parto Vaginal Cesárea

1.8. ¿Cómo considera que fue su cuidado en los primeros 5 años de vida?

Protector No Protector

1.9. ¿Quién fue su principal cuidador en sus primeros 5 años de vida?

Papa – Mamá Solo Papá Solo Mamá Otro _____

1.10. Número de cuidadores en los primeros 5 años de vida: _____

1.11. ¿En sus primeros 5 años de vida como estuvo conformado su hogar?

Nuclear No Nuclear _____

1.12. ¿Actualmente alguien te ha criticado, gritado o insultado? () Si () No

1.13. ¿Actualmente alguien te ha golpeado? () Si () No

1.14. ¿Actualmente a que se dedica? () Empleado () Subempleado
() Desempleado () Estudiante () Ama de Casa

1.15. ¿Cómo considera actualmente su estrato socioeconómico?

() Alta () Media () Baja

1.16. ¿En su familia (padres o hermanos) alguien ha tenido o tiene el diagnóstico de trastorno de pánico? () Si () No

1.17. ¿Cómo considera la relación actual con su pareja?

() Conflictiva () No Conflictiva

DATOS DE LA VARIABLE EXPOSICION:

Apego: Sí () No ()

Estilo de apego: _____

DATOS DE LA VARIABLE RESULTADO:

Trastorno de pánico: Sí () No ()