

Las destrezas de los consejeros profesionales universitarios en el reconocimiento e intervención del desorden de ansiedad social

The skills of the professional college counselors in the recognition and intervention of social anxiety disorder

Magaly Rodríguez-Pérez, Ed.D.

Departamento de Educación y Profesiones de la Conducta
Universidad Interamericana de Puerto Rico
magaly.rodriguez1@upr.edu

Recibido: 10 sep 2018

Revisado: 5 jun 2019

Publicado: 19 dic 2019

Aceptado: 21 ago 2019

Cómo citar este artículo (estilo APA) / How to cite this article (APA style)

Rodríguez-Pérez, M. (2019). Las destrezas de los consejeros profesionales universitarios en el reconocimiento e intervención del desorden de ansiedad social. *Revista de Educación de Puerto Rico*, 2(2), 1-23.

Correspondencia: Magaly Rodríguez-Pérez <magaly.rodriguez1@upr.edu>

Resumen

Las consejeras y los consejeros son considerados profesionales de la salud mental, por lo que es fundamental investigar, particularmente entre aquellos que laboran en el escenario universitario, el conocimiento que poseen sobre los desórdenes mentales. Por ello, esta investigación, de naturaleza descriptiva, tuvo como objetivo describir lo que los profesionales de la consejería universitaria conocen sobre el desorden de ansiedad social y su impacto en el estudiante universitario. La muestra estuvo constituida por 32 consejeros profesionales de dos sistemas universitarios de Puerto Rico. Se utilizó un cuestionario en línea diseñado por la investigadora, y los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva. Los datos revelaron áreas de fortaleza en cuanto al conocimiento general sobre la condición seleccionada, conocimiento moderado respecto a su impacto en el individuo y destrezas limitadas en intervención inicial. Los hallazgos sugieren la necesidad de diseñar adiestramientos apropiados para mejorar el conocimiento que poseen estos profesionales de la consejería que redunden en mejores intervenciones para beneficio de los estudiantes.

Palabras clave: consejero profesional, estudiante universitario, ansiedad social, destrezas

Abstract

Counseling professionals are considered mental health professionals, so it is fundamental to conduct research, particularly among those who work in the university setting, about their knowledge on mental disorders. Therefore, this research, which is descriptive in nature, aimed to describe what counseling professionals of university settings know about social anxiety disorder and its impact on the university students. The sample consisted of 32 professional counselors from two university systems of Puerto Rico. An online questionnaire designed by the researcher was used, and the data was analyzed using descriptive statistics. Data revealed areas of strength in general knowledge about the selected condition, moderate knowledge about the impact on those who suffer, and limited skill in initial intervention. The findings suggest the need to design appropriate trainings to improve the knowledge that counseling professionals who work in university settings have about mental health conditions for the benefit of the students.

Keywords: professional counselor, university student, social anxiety, skill

Nota de la autora

Este artículo hace uso de los términos “consejeros profesionales” y cualquier otro que pueda hacer referencia a ambos géneros para incluir el femenino y el masculino. A estos efectos, en la exposición de esta investigación se opta por utilizar el género masculino y otras formas genéricas al referirse a personas del género femenino para evitar la continua repetición. Se hace énfasis en que la omisión de uno no significa la dominación de otro.

Introducción

El desorden de ansiedad social (*social anxiety disorder*, o SAD por sus siglas en inglés), también conocido como fobia social (FS), se define como un miedo intenso y duradero a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al escrutinio de otros. Como resultado de esto, quien la padece experimenta un miedo desproporcionado a mostrarse o relacionarse con otros, de tal manera que la evaluación del encuentro resulta negativa y en consecuencia humillante o embarazosa. Esta condición constituye el tercer trastorno psicológico con mayor prevalencia, tras la depresión mayor y la dependencia del consumo de alcohol (American Psychiatric Association, 2013). Según Serra (2010), la ansiedad social se encuentra entre las primeras diez enfermedades mentales en jóvenes entre las edades de 15 a 25 años. El *National Institute of Mental Health* (NIMH) —según evidencian Beamish (2005); Ivey, Bradford y Zalaquette (2014)— y el *National Collaborating Centre for Mental Health*, o NCCMH (2013), confirman este dato; ambos indican que el 75% de las condiciones mentales, como la ansiedad y los desórdenes afectivos, aparecen antes de los 21 años.

Dado que la ansiedad social inicia a temprana edad (Sandín, 1997) y en momentos en que el individuo se encuentra en su periodo de desarrollo educativo (Olivares, 2011), es importante conocer el impacto que la SAD impone a los que la padecen, especialmente en el ambiente universitario. Este asunto cobra vital importancia ya que, de acuerdo con Serra (2010), este es uno de los problemas mentales más comunes entre los estudiantes universitarios, por lo cual sus consecuencias negativas pueden llegar a interferir de manera muy significativa en la vida de estos jóvenes (Morales, 2011). En el ámbito académico, se observa que tales alumnos rehúyen la participación en clase, las presentaciones en público y los trabajos en equipo; igualmente, evitan realizar preguntas o aclarar dudas, tanto en público como en privado (Olivares, 2011). La evitación o el escape de estas tareas produce generalmente calificaciones muy por debajo de sus posibilidades reales, incluso el abandono total de los estudios (Olivares, 2011; Strahan, 2003).

Watson (2013b) expone que, a partir de los años 1990 (de acuerdo con el informe Gallagher), se ha observado un aumento en la solicitud de servicios de consejería por problemas de salud mental en la población estudiantil en las universidades de los EE.UU. Ante esta problemática, Beamish (2005) considera que existe una necesidad de adaptar nuevas formas de servicios de consejería para satisfacer las necesidades de los alumnos. Sobre este asunto, tanto Sharkin y Coulter (2005) como Watson (2013a) expresan la urgencia de realizar un cambio de paradigma en los servicios de consejería que se ofrecen en estas instituciones. Apoyando esta línea de pensamiento, Bishop (2006) sostiene que cualquier profesional de la consejería que trabaje en un centro de consejería debe tener buenas destrezas para reconocer el problema y su grado de severidad, así como para realizar un manejo óptimo del mismo. Esto plantea la importancia del conocimiento adecuado de las condiciones mentales por parte de estos profesionales a fin de que puedan ejecutar sus funciones apropiadamente. La carencia de conocimiento implicaría, a su vez, una falta de habilidades en torno a las funciones y competencias que son propias de dicha profesión (Padilla Rodríguez, 2009).

Este artículo busca, principalmente, describir las destrezas de reconocimiento e intervención que poseen los consejeros profesionales en el escenario universitario en Puerto Rico sobre la ansiedad social y su impacto en el estudiante universitario. Además, basándose en la información provista por los profesionales de la consejería que participaron de la investigación, plantear si existe la necesidad de mejorar y adoptar nuevos adiestramientos en temas de salud mental. Se espera generar y aumentar el interés de estos profesionales de ayuda en la búsqueda de información en temas de salud mental que redunden en beneficio de los estudiantes universitarios.

Marco contextual

Desarrollo histórico del desorden de ansiedad social

Se puede decir que desde hace mucho tiempo se tenía conciencia del trastorno de ansiedad social sin que se le reconociera como tal (García-López, 2000). La idea de que algunas conductas tímidas se debían a algo más que un simple temor fue presentado en 1845 por Robert Burton, quien en su obra *La anatomía de la melancolía*, recoge la descripción de un paciente de Hipócrates, del cual comentaba:

Es más que una timidez, suspicacia o temor, no se atreve a estar con otras personas por miedo a vocalizar mal o excederse en sus gestos mientras habla, y teme que va a ser deshonrado ante los demás y piensa que cada persona le observa (según citado en Olivares, Caballo, García-López, Rosa-Alcázar & López-Gollonet, 2003, p. 406).

Sin embargo, no fue hasta 1903 que, en Europa, el neurólogo y psiquiatra Pierre Janet usó el término *phobie des situations sociales*, con el objeto de describir a los sujetos que temían hablar en público, tocar el piano o escribir mientras los observaban (Morales, 2011; Olivares et al., 2003).

De acuerdo con el NCCMH (2013), el desorden de ansiedad social (anteriormente llamado fobia social) fue formalmente reconocido como un desorden fóbico en 1966, cuando dos psiquiatras británicos, Isaac Marks y Michael Gelder, normalizaron el concepto como categoría diagnóstica. Las primeras ediciones del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) de la *American Psychiatric Association* (APA), de 1952 (DSM-I) y 1968 (DSM-II), respectivamente, agrupaban todas las fobias en una sola categoría. Posteriormente, en 1980, la APA incluyó la fobia social (FS) como una entidad diagnóstica en su tercera edición (García-López, 2000; Olivares et al., 2003). Sin embargo, el trastorno de ansiedad social no se incluyó hasta la publicación del DSM III-R en 1987. En 1994, el DSM-IV definió la condición como fobia social en aquellas personas que presentan un miedo marcado y persistente a situaciones sociales, debido al temor a hacer el ridículo o ser humillado por actuar inadecuadamente, o por manifestar ante los demás síntomas de nerviosismo (García-López, 2000). Más recientemente, en el DSM-5, la fobia social pasa a reconocerse como el Desorden de Ansiedad Social y mantiene los mismos criterios del DSM-IV-R; se añade en el criterio de exclusión otras condiciones médicas, como la enfermedad de Parkinson, la obesidad, la desfiguración por fuego u otras lesiones (APA, 2013; Dailey, Gil, Karl & Barrio-Minton, 2014).

Desarrollo histórico del por ciento de prevalencia del desorden de ansiedad social en estudiantes universitarios

Según García-López (2000), las primeras investigaciones dirigidas a evaluar la conducta ansiosa fueron llevadas a cabo con la población universitaria. Uno de estos estudios encontró que el 10% de la muestra exhibía grandes dificultades o evitaba situaciones que implicaran interacción social (Bryant & Trower, 1974). Más adelante, en 1977, Zimbardo (citado en García-López, 2000) observó que sobre el 40% de estos jóvenes se describía a sí mismos como tímidos. Sin embargo, las investigaciones realizadas hasta ese momento subestimaban la prevalencia del desorden por ansiedad social (Walker & Stein, 1995), lo cual daba como resultado una impresión errónea de que esta era una condición rara e inusual (Lampe, 2000).

Otros investigadores continuaron examinando la ansiedad social en estudiantes universitarios y proporcionaron información importante sobre la condición (Purdon, Antony, Monteiro, & Swinson, 2001). Así, en años más recientes, y de acuerdo con Brook y Willoughby (2015), se comprobó que las tasas de prevalencia en estas poblaciones parecen estar entre el 10 y el 33%, en comparación con el 7 al 13% de la población general. Nordstrom, Swenson y Hiester (2014) apoyan este planteamiento al indicar que un 19% de los estudiantes universitarios experimenta altos niveles de ansiedad social, dato con el que también concurren Campbell, Bierman y Molenaar (2016), quienes sostienen que recientemente se ha registrado un aumento de prevalencia en estos grupos que va desde un 22% hasta un 33%.

Impacto del desorden de ansiedad social en los estudiantes universitarios

Dado que la participación y la integración en la universidad se consideran claves para el rendimiento académico exitoso, las señales de la ansiedad social, como el miedo a la evaluación negativa y la evitación de situaciones sociales, pueden ser particularmente desventajosas en los contextos sociales y valorativos integrales a la vida universitaria (Brook & Willoughby, 2015). En la población universitaria, esta condición de salud mental plantea serios problemas, ya que, de acuerdo con Austin (2003), las personas que la sufren pueden experimentar una exacerbación de síntomas al iniciar sus estudios. Para Morales (2011), este desorden exhibe un curso crónico que interfiere con el desarrollo y funcionamiento normal del joven universitario. Este entorpece el desempeño académico y aumenta el riesgo de la deserción universitaria al observarse un bajo rendimiento académico, abandono de estudios, calificaciones bajas debido a la falta de participación en clase y por ausencias cuando se requiere hablar en público; algunos, incluso, prefieren transferirse a otra universidad para evitar las presentaciones orales (Ghezelbash, Rahmani, Peyrovi & Inaloo, 2015; Strahan, 2003).

Leigh y Clark (2015) señalan que, entre las dificultades que experimentan los jóvenes con ansiedad social se encuentra la dificultad para concentrarse, problemas para realizar

los exámenes e, incluso, el impedimento para construir buenas relaciones interpersonales. Todo esto resulta en detrimento para el ajuste universitario del alumno. Morales (2011) opina que el estudiante universitario que sufre este desorden posee el potencial intelectual para realizar una ejecución académica de forma satisfactoria; no obstante, esta se ve afectada. Así, la vida universitaria se le hace angustiante debido a las inhibiciones constantes para participar en clase, realizar preguntas, hacer presentaciones orales, trabajar en equipo y todas aquellas tareas académicas que le resulten amenazantes. Según Campbell y colaboradores (2016), el estudiante con ansiedad social suele preocuparse excesivamente, y puede hacerlo por semanas antes de una situación esperada; incluso, tiene miedo de decir o hacer algo que cree que va a ser humillante o embarazoso (como ruborizarse, sudoración profusa, temblor en las manos, mirada ansiosa, parecer aburrido, estúpido o incompetente).

En el aspecto social, Nordstrom y colegas (2014) señalan que las actividades típicas que permiten a la mayoría de los estudiantes manejar las relaciones sociales de forma natural pueden causar algunos problemas sociales y mentales en aquellos con ansiedad social. Entre las dificultades para interactuar que mencionan Bolsoni-Silva y Loureiro (2014) están las siguientes: conocer gente, hablar con personas del sexo opuesto, hablar en reuniones o en grupos, hablar con figuras de autoridad, hablar por teléfono, comer o beber si cree que alguien lo observa, ser visto en público, usar baños públicos, ir a fiestas, entrar a un salón ocupado, trabajar en equipo y entrar a tiendas, entre otros. Sobre esto, Austin (2003) indica que los estudiantes universitarios con estos síntomas pueden experimentar una exacerbación de ellos al encontrarse por primera vez fuera del hogar; esto último rompe, a su vez, su red de apoyo. Este cambio representa experimentar mayor dificultad para hacer nuevas amistades y, por consiguiente, mayor soledad, y desarrollar un autoconcepto negativo que puede interferir con su salud mental y el logro académico (Campbell et al., 2016). Como resultado, surge una dificultad para las relaciones interpersonales y puede emerger un deterioro en la autoestima, lo que acarrea diversas psicopatologías, incluyendo el abuso de sustancias, excesivo consumo de alcohol y problemas comórbidos de salud mental, como la depresión (Tosevski, Milovancevic, & Gajic, 2010; Vassilopoulos & Brouzo, 2012). Estas conductas están motivadas con la intención de evitar las situaciones más temidas siempre que sea posible.

El SAD, por lo general, es visto en conjunto con otros desórdenes, como depresión mayor, desorden alimentario, abuso de sustancias (Dailey et al., 2014; Nordstrom et al., 2014) e ideación o intento suicida (Curtis, Kimball & Stroup, 2004). Se concluye, además, que este puede producir un intenso deterioro personal, académico, laboral y social (Olivares, Olivares & Rosa-Alcázar, 2012).

Síntomas y señales de la ansiedad social

Díaz (2015) establece que algunos de los problemas físicos que se asocian a la ansiedad social incluyen: taquicardia, temblor, nerviosismo y rubor; además, puede sentirse cortos de respiración, sudor excesivo, dolores abdominales o incluso diarreas. Curtis y compañeros (2004) dan cuenta de otros síntomas, que pueden ir desde mareos, desmayos, aceleración en las palpitaciones cardíacas, dificultad para tragar, llanto y la ocurrencia de algún tic nervioso; los más comunes pueden variar, pero mayormente se observa rubor, náuseas, sudoración, agitación y temblor.

En el ambiente universitario, Leigh y Clark (2015) revelan que los estudiantes con SAD se observan muy ansiosos y muestran señales conductuales que evidencian su lucha interna. El SAD se manifiesta a través de dificultad para hablar, voz baja o temblorosa, evitar hablar con otros compañeros de clase o ante una audiencia, morderse las manos o las uñas, sentarse en las esquinas traseras del salón, evitar el contacto visual, cubrirse el rostro con abrigos o capuchas (que suelen vestir casi todo el tiempo), entre otros. Estos alumnos pueden invertir mucho tiempo en las computadoras y pasar lapsos largos en los juegos electrónicos en solitario o de forma virtual con otras personas, sin interactuar más allá de eso. Entre las conductas de evitación, Furmark (según citado en Bolsoni-Silva & Loureiro, 2014) señala que estos tienden a evitar el tener que hablar por teléfono, interactuar con extraños, asistir a fiestas, hablar con personas del sexo opuesto, tener contacto físico con alguien accidentalmente, dar o recibir cumplidos, lidiar con figuras de autoridad, mantener contacto visual, comer, beber, escribir y usar baños públicos.

Intervención inicial

En cuanto a la capacidad o destreza de intervención, los profesionales de la consejería deben ser conscientes de que este es un aspecto sumamente importante, pues les provee la posibilidad de lograr resultados positivos en el cliente. Pero si, por el contrario, ignoran, pasan por alto o no son conscientes de su falta de conocimiento y destrezas para manejar una situación dada, el riesgo en tal caso sería el abandono de la terapia con la alta posibilidad de resultados adversos para el cliente. Por esta razón, se recomienda que los consejeros profesionales se enfoquen en la experiencia única del cliente y no en la suya. Sobre esto, Ivey y compañeros (2014) sostienen que algunas acciones tradicionales en las destrezas de consejería pudieran ser inapropiadas o inefectivas para algunos grupos o personas, por lo que sería necesario evaluarlas.

Una situación que pudiera resultar particularmente única para los profesionales de la consejería en los escenarios universitarios podría ser la intervención con estudiantes que sufren de ansiedad social. Curtis y asociados (2004) recalcan que los profesionales de la salud mental deben considerar que este es un desorden oscuro, que es más prevalente y debilitante de lo que se piensa, y que esto tiene implicaciones especiales para la consejería. Sobre este punto recomiendan lo siguiente:

- Primeramente, que los consejeros profesionales eduquen a la comunidad en el reconocimiento de los síntomas y señales de la condición. El consejero debe tener en cuenta que la persona que la sufre no buscará ayuda voluntariamente; ahí la importancia de la educación a la comunidad. Austin (2003) sostiene que la educación al público juega un papel importante en la prevención de la condición y un mayor interés en la búsqueda de tratamiento.
- Segundo, los consejeros deben esforzarse por crear un ambiente cómodo que no resulte amenazante al individuo con SAD. Esto incluye evitar un marcado contacto visual y acercarse físicamente, especialmente en las primeras intervenciones. Los autores recomiendan utilizar el estilo del enfoque psicoanalítico para evitar que el cliente se sienta incómodo o amenazado. También sugieren que se observe la conducta evitativa y que ésta sea considerada significativa; asimismo, recomiendan una exploración adicional en la sesión de consejería. Strahan (2003) menciona que conviene examinar la conducta social o el nivel de soledad del estudiante, pues esto se considera como una buena señal en la detección de la condición de SAD.
- Tercero, deben informar al cliente que puede abandonar la sesión en el momento en que se sienta más incómodo o sus síntomas sean más intensos.
- Cuarto, deben evitar las preguntas abiertas en la entrevista inicial. En cambio, es preferible entregar un documento al cliente para que lo complete y luego administrar un instrumento para medir el grado de severidad de los síntomas. Austin (2003) indica que los profesionales de la consejería deben tener en cuenta que las personas con SAD son reacias a discutir sus síntomas con los profesionales debido a su miedo a la evaluación negativa o al rechazo. Una recomendación sería la utilización del Inventario de Fobia Social validado con la población puertorriqueña y traducido al español por Cáez, Sayers y Martínez-Taboas (2013).
- Quinto, se recomienda resumir lo discutido en la intervención y cualquier otro material, y proveerlo por escrito para que el cliente pueda leerlo cuando se sienta más relajado.
- Sexto, los consejeros deben esforzarse por lograr que el cliente reciba un examen médico antes de comenzar con el plan de intervención.

Una vez se haya logrado una mayor confianza de parte del estudiante, García-López, Salvador y De los Reyes (2015) sugieren hacer un mejor cernimiento para obtener información de la severidad de la condición de SAD. Se deben explorar tópicos como la sintomatología, el impacto en la vida diaria, la existencia de enfermedades comórbidas, estresores, estrategias de manejo, nivel de funcionamiento, factores de mantenimiento, condiciones de salud familiar y el contexto cultural. Este proceso es importante para

aumentar el conocimiento, la sensibilidad y el desarrollo de un buen *rapport* o vínculo entre cliente y consejero.

Austin (2003) sugiere que una mayor consciencia de lo que es el desorden de ansiedad social y lo relacionado con este puede aumentar el entendimiento de los consejeros. Esto resulta en mejores destrezas para realizar las preguntas adecuadas y obtener la información necesaria. Por otro lado, King (2014) indica que estos profesionales deben realizar un proceso de evaluación al inicio y durante la relación terapéutica para medir la severidad de la condición y observar el progreso y respuesta al tratamiento.

Justificación

La revisión de la literatura demuestra que el conocimiento sobre el desorden de ansiedad social por parte de los profesionales de consejería puertorriqueños que laboran en el escenario universitario es muy escaso. El tema de las competencias de los profesionales de la consejería en Puerto Rico resulta importante porque, en la actualidad, no se explora ampliamente. Por ello, es propio que se lleven a cabo más investigaciones sobre el tema. De acuerdo con Bishop (2006), debido al aumento registrado en los últimos años en los problemas de salud mental entre esta población, es crucial que los consejeros estén bien informados en asuntos relacionados para ejecutar los servicios y sus funciones apropiadamente. Sin embargo, existen dificultades que se ven acrecentadas ante la poca investigación e información publicada sobre temas de casos clínicos por profesionales de la salud mental, particularmente en Puerto Rico (Martínez-Taboas & Bernal, 2014).

Aun cuando los estudios son escasos, sí se ha evidenciado un aumento en el interés en temas relacionados con la salud mental entre los profesionales de la consejería en Puerto Rico. Una encuesta realizada por Quiñones (2013) en la que participaron 151 profesionales de nivel postsecundario y pertenecientes a la Asociación Puertorriqueña de Consejería Profesional (APCP) exploró la necesidad de adiestramiento en algunos temas. Los resultados demostraron un mayor interés por temas relacionados a los procesos de ayuda e intervención, evidenciando la necesidad de aumentar el conocimiento y mejorar las destrezas de profesionales sobre el tema en cuestión.

Propósito del estudio

Este estudio tuvo como propósito lograr una descripción de las destrezas de reconocimiento e intervención inicial de los consejeros profesionales en el escenario universitario en Puerto Rico, específicamente sobre el desorden de ansiedad social y su impacto en el estudiante universitario. Los datos surgidos de esta investigación deberán considerarse como una aportación positiva al campo de la consejería y una contribución al acervo profesional debido al poco conocimiento e investigación que existe sobre este tema en Puerto Rico.

Preguntas de investigación

Las preguntas que guiaron la investigación fueron las siguientes:

1. ¿Cuáles son las destrezas que poseen los profesionales de la consejería que laboran en los escenarios universitarios para reconocer los síntomas y señales del desorden de ansiedad social en el estudiante universitario?
2. ¿Cuáles son las destrezas que poseen los profesionales de la consejería que laboran en los escenarios universitarios para realizar una intervención inicial con el estudiante universitario que sufre del desorden de ansiedad social?

Marco teórico

La teoría gnoseológica es una rama de la filosofía que, de acuerdo con Lorenzano (2004) y Melgar (2010), estudia la naturaleza, origen y el alcance del conocimiento general, también conocida como epistemología. En esta se distinguen tres tipos de conocimientos, a saber: el proposicional, que se tiene cuando se sabe que algo es certero (*saber qué*); el práctico, cuando se poseen las destrezas necesarias para llevar a cabo una acción (*saber cómo*); y el directo, que es el que se puede tener de las personas o entidades, por familiaridad o descripción.

Según Lorenzano (2004), el conocimiento proposicional se refiere a *saber qué*. Se puede decir que es un esquema por el cual un sujeto *s* conoce la proposición *p*, si cree en esa proposición, si esta es verdadera, y si posee evidencia adecuada acerca de su verdad. Las discusiones habituales acerca del conocimiento humano consisten en una cuidadosa dilucidación de los conceptos y distinciones sutiles entre creencia y conocimiento, poseer o tener, sus distintos usos en el lenguaje, las posibilidades de hablar de verdad, sus análisis lógicos y la naturaleza de las proposiciones. La información, por lo general, consiste en cortas instrucciones acompañadas de demostraciones prácticas.

En el conocimiento práctico, o el *saber cómo*, continúa Lorenzano (2004), la conducta humana implica un conocimiento acerca del mundo. Este se le atribuye al sujeto cuando posee cuasi-teorías prácticas, formadas por un plano conductual y otro de disposiciones prácticas y perceptuales, a partir de las cuales se generan las acciones. Este sujeto es, dicho de otro modo, un *sujeto práctico*. Sin embargo, cuando se le pide que describa verbalmente sus habilidades, es muy probable que sea incapaz de hacerlo; se muestre torpe, incoherente verbal y físicamente, resultando en un descenso en las habilidades. En este caso, se presume que las acciones que se observan tienen una contraparte en el psiquismo del sujeto práctico, y que este actúa a partir de esa contraparte (*saber qué*). Esta última adopta la forma de un argumento que expresa que, si el sujeto práctico actúa de esa manera, es porque en su psiquismo no posee los elementos que le permiten hacerlo. Por lo tanto, las acciones del sujeto práctico constituyen lo empírico del *saber cómo*, mientras que las condiciones de posibilidad que residen en su psiquismo son su

explicación teórica. En cierto sentido, el análisis de ambos planos, el de acciones observables, y el del conocimiento que las explican, lleva a la propuesta de dos teorías, una más “empírica” –cuasi conductista– que describe el fenómeno observado, y otra psicoepistémica. Ambas se encuentran relacionadas entre sí, de tal manera que la última explica la teoría conductual.

Método

Diseño del estudio

El diseño que se utilizó en esta investigación fue de enfoque cuantitativo. De acuerdo con Creswell (2014), lo cuantitativo se define como aquello que cuantifica, es una posición objetiva de medir por medio de la cuantificación de la realidad social a investigar. Este tipo de investigación se ajusta al propósito del estudio, que es el de obtener información respecto a un grupo de interés y describir algunas de sus características (Hernández-Sampieri, Fernández & Baptista, 2015). La selección de un método cuantitativo descriptivo para esta investigación tiene como único propósito describir las variables de una población y no pretende relacionarlas, además de generar conocimiento de forma objetiva que pueda extrapolarse a otras realidades.

Muestra y selección de los participantes

La muestra del estudio se hizo por disponibilidad. Para efectos de esta investigación, los criterios para participar fueron los siguientes: ser un consejero profesional licenciado, ocupar un puesto como consejero profesional en servicio directo a estudiantes universitarios de nivel subgraduado, y laborar en uno de los siguientes sistemas universitarios: Sistema de la Universidad de Puerto Rico (UPR) o Sistema de la Universidad Interamericana (UI).

La Administración Central de la Universidad de Puerto Rico informó contar con un total de 52 consejeros profesionales en sus once recintos. Por otro lado, la Oficina de Recursos Humanos en Administración Central de la Universidad Interamericana indicó tener un total de 50 consejeros profesionales en sus centros de orientación y consejería. El universo quedó constituido por 85 consejeros profesionales que cumplían con los tres criterios de inclusión, de los cuales 32 (38%) participaron en el estudio; sin embargo, solo 25 contestaron el instrumento en su totalidad, lo cual significó una participación de 29.4 por ciento.

Descripción del instrumento de medición

El método para recopilar los datos de la investigación consistió en un cuestionario autoadministrable en línea diseñado por la investigadora. El instrumento, llamado *Cuestionario de conocimiento, destrezas y actitud de los profesionales de la consejería en el escenario universitario sobre el desorden de ansiedad social*, se desarrolló mediante el programado conocido como *SurveyGizmo*. La primera parte del instrumento recoge,

primeramente, los datos sociodemográficos de los participantes, y luego, los reactivos que describen el conocimiento sobre la ansiedad social, su impacto en el individuo y las destrezas de intervención inicial. En adición, se diseñó una segunda parte con la intención de recoger datos relacionados a las destrezas de reconocimiento e intervención inicial de la ansiedad social y su impacto en el estudiante universitario de los consejeros participantes. Esta se presentó mediante una escala Likert de cuatro puntos, en la que los participantes debían seleccionar la alternativa que mejor representara su opinión entre las opciones propuestas: *Totalmente de acuerdo* (4 puntos); *Moderadamente de acuerdo* (3 puntos); *Parcialmente en desacuerdo* (2 puntos); *Totalmente en desacuerdo* (1 punto).

La información para la formulación de las aseveraciones sobre el conocimiento se obtuvo del *Manual estadístico de enfermedades mentales* (DSM-5, 2013) como fuente de información principal y de la revisión de otras fuentes profesionales. Para auscultar este constructo, se diseñaron 20 reactivos que describen la habilidad que debían de tener los participantes para identificar los síntomas y señales de la ansiedad social en el estudiante universitario. Además, se incluyeron diez aseveraciones para auscultar las destrezas de los participantes en estrategias de intervención inicial para atender la población universitaria con ansiedad social. A mayor frecuencia en la opción *totalmente de acuerdo*, nos indica la existencia de mayores destrezas; lo contrario implica una menor habilidad o destrezas.

El instrumento fue sometido a dos procesos de validación. Primeramente, se sometió a un panel de expertos; luego, se llevó a cabo un estudio piloto. Esta validación permitió minimizar el margen de error de los reactivos y la adecuación de las escalas. De igual manera, este proceso permitió que los reactivos fueran precisos, claros y confiables de acuerdo a los objetivos de la investigación.

En adición, se sometió el instrumento a la prueba de confiabilidad *Alfa de Cronbach*, para determinar si las escalas cumplían con los niveles de consistencia interna aceptables. El instrumento alcanzó un coeficiente *alfa* de .92, demostrando confiabilidad y consistencia interna.

Procedimiento

Previo a dar comienzo a la investigación, se procedió a solicitar la autorización correspondiente de la Junta de Revisión Institucional (JRI) de la Universidad Interamericana (UI) de Puerto Rico, o IRB (por sus siglas en inglés), y posteriormente a los recintos de la Universidad de Puerto Rico (UPR). Una vez se obtuvo la autorización de los respectivos JRI, se procedió con el segundo paso, que fue solicitar el permiso de las autoridades universitarias de ambos sistemas universitarios.

Los rectores de cada sistema universitario recibieron dos comunicados oficiales: una carta de presentación y explicación del propósito y naturaleza de la investigación; la

segunda solicitaba el endoso de la investigación y los correos electrónicos institucionales de los consejeros profesionales.

A cada consejero profesional se le envió un correo electrónico con una carta de presentación e información de la investigación. La carta proveyó, además, el enlace que permitiría el acceso al consentimiento informado y el cuestionario en línea. El participante confirmaba su participación firmando en el campo en blanco, al finalizar el documento, colocando la palabra “Acepto”.

Los datos fueron recopilados en el mismo programa *SurveyGizmo*, ya que este provee los mecanismos de seguridad necesarios al restringir el acceso de los datos solo a la investigadora. Las respuestas de los participantes se mantendrán guardadas por un periodo de cinco años.

Para analizar las preguntas bajo investigación se utilizó la estadística descriptiva. La estadística descriptiva es aquella que presenta información numérica de lo que es y existe, aunque no lo conozcamos (Hernández-Sampieri et. al., 2015). Se utilizó la distribución de frecuencias para realizar el recuento del número de personas por cada punto de las escalas. Para este estudio se utilizó la moda para determinar el valor que se produce con mayor frecuencia y por ser la que mejor explicaba los resultados arrojados. También se utilizó el por ciento para conocer la distribución de los datos sociodemográficos y presentar un perfil de los participantes. Se utilizó el programa *MS Excel* para el análisis estadístico.

Resultados

Perfil sociodemográfico

En los reactivos 2 al 8, relacionados a las variables sociodemográficas, la composición por sexo de los participantes fue de 72% femenino y 28% masculino. En cuanto al grado académico máximo alcanzado por los profesionales de la consejería, 76% ostentaban un grado de maestría, mientras que el 24% posee doctorado. La distribución de lugar de trabajo por universidad pública y universidad privada es equilibrada, con 13 respondientes del sector público y 12 del privado, que representa una proporción respectiva de 52% y 48%. La ubicación del lugar en el que prestaban sus servicios de consejería obtiene 68% en centros de consejería universitaria y 32% fuera de ellos. El valor mediano por años de experiencia de los participantes es de 14.5 mientras que el valor modal es de 17.3. Este sesgo implica que en la composición de participantes hay quienes tienen menos de un año de experiencia y más de 30. La cantidad entre ambos es de 4, que representan el 16% de la muestra. El 68% de los consejeros profesionales no tiene otra licencia profesional adicional; 12% (3) cuenta con licencia de consejero en rehabilitación, y 20% (5) tiene otras licencias profesionales. El 80% está afiliado a la Asociación Puertorriqueña de Consejeros Profesionales, 8% a la *American Counseling Association*, 4% a otras y 8% a ninguna.

Pregunta de investigación 1. ¿Cuáles son las destrezas que poseen los profesionales de la consejería que laboran en los escenarios universitarios para reconocer los síntomas y señales del desorden de ansiedad social (AS) en el estudiante universitario?

El constructo de *destrezas* de identificación de síntomas y señales presentó la moda y media iguales a 3.2. Su grado de dispersión fue de 0.5, lo que implica un 95% de confianza de los grados *de acuerdo* que se encuentran entre 3 y 3.4, predominando el *moderadamente de acuerdo*. Se observó que 14 aseveraciones, o el 75% de las respuestas, presentaron resultados con niveles de respuesta de *moderadamente de acuerdo*. Por otro lado, de 20 reactivos, cinco, o el 25%, obtuvo valores modales de 4, que parecen con *totalmente de acuerdo*. Finalmente, el reactivo con la puntuación más baja resultó ser el número 48, que corresponde a la identificación de una señal, “Un estudiante con ansiedad social tiende a ser el último en salir del salón”, el cual obtuvo un valor modal de 2.6; indicativo del grado *parcialmente en desacuerdo*, que se desvía del valor modal esperado. Otros reactivos que describen los síntomas y señales de la ansiedad social y que resultaron con valor modal de 2, alejándose de la respuesta correcta, resultaron ser los siguientes: 36 (señal), 37 (señal), 40 (síntomas), 45 (señal) y 47 (señal). Los resultados son indicativos de una menor destreza por parte de los consejeros profesionales en la identificación de las señales relacionadas al desorden de ansiedad social en los estudiantes universitarios. Los resultados se resumen en la Tabla 1. A partir de estos, se evidencia la necesidad de crear más oportunidades de mejoramiento profesional para el profesional de consejería que desea identificar con mayor certeza las características del estudiante con ansiedad social.

Pregunta de investigación 2. ¿Cuáles son las destrezas que poseen los profesionales de la consejería que laboran en los escenarios universitarios para realizar una intervención inicial con el estudiante universitario que sufre del desorden de ansiedad social?

Los resultados para el constructo *destrezas* en estrategias de intervención inicial alcanzaron valores descriptivos de 2.7 para la moda y 2.6 para la media con desviación estándar de 0.6. Estos resultados implican un nivel de respuesta de los participantes entre *parcialmente en desacuerdo* y *moderadamente de acuerdo*. De un total de 10 reactivos, el 70% de las respuestas se alejó del *totalmente de acuerdo* como respuesta adecuada. Se observa que los reactivos 51, 54, 56, 57 y 58 obtuvieron una baja puntuación modal. No obstante, el reactivo; **Usted suministra/suministraría un inventario de AS durante la entrevista inicial** obtuvo la puntuación más baja, para un valor modal de *totalmente en desacuerdo*. Este valor puede representar un área de oportunidad en el establecimiento de protocolos estandarizados para atender estudiantes universitarios de nivel de bachillerato que puedan manifestar síntomas de ansiedad social.

Tabla 1

Destrezas de identificación de síntomas y señales de la ansiedad social

Aseveración/Reactivo	Media	Moda	Mediana
31. Un estudiante que sufre de AS teme escribir frente a otros.	3.0	3.0	4.0, 3.0
32. Un estudiante con AS siente temor de entrar a un salón ocupado con otras personas.	4.6	4.0	4.0
33. Un estudiante con AS tiende a sufrir de depresión.	3.3	3.0	3.0
34. Un estudiante socialmente ansioso puede lagrimear al hablar con otros.	3.0	3.0	3.0
35. Un estudiante con AS evita el contacto visual.	3.6	4.0	4.0
36. Un estudiante con AS tiende a vestir abrigos holgados con capuchas.	2.8	3.0	3.0
37. Un estudiante con AS usualmente viste de colores oscuros.	2.8	3.0	3.0
38. Los estudiantes con ansiedad social evitan trabajar en grupo.	3.7	4.0	4.0
39. Los estudiantes con AS evaden las presentaciones orales.	3.8	4.0	4.0
40. Un estudiante con AS muestra temblor frente a personas del sexo opuesto.	2.8	3.0	3.0
41. Un estudiante con ansiedad social se sonroja con facilidad.	3.3	3.0	3.0
42. Un estudiante socialmente ansioso habla en voz muy baja.	3.2	3.0	3.0
43. Un estudiante con AS se puede caracterizar por pasar mucho tiempo en juegos por computadora.	3.2	3.0	3.0
44. Un estudiante con AS puede sentirse amenazado con una llamada telefónica.	3.0	3.0	3.0
45. Un estudiante con AS tiende a ausentarse con frecuencia a clases.	2.7	3.0	3.0
46. Un estudiante con AS tiene pensamientos persistentes (rumiante).	3.0	3.0	3.0
47. Un estudiante con AS evita entrar a los baños de la universidad.	2.8	3.0	3.0
48. Un estudiante con AS tiende a ser el último en salir del salón.	2.6	2.0	3.0
49. Un estudiante con AS muestra resistencia a entrar a los lugares de comida.	3.0	3.0	3.0
50. Un estudiante con AS generalmente se observa solo.	3.6	4.0	4.0

La Tabla 2 presenta los resultados del constructo de *destrezas* de estrategias de intervención inicial. Aquellas respuestas con valores de *parcialmente en desacuerdo* y *totalmente en desacuerdo* se alejan de las medidas de intervención inicial sugeridas en la literatura por autores como Curtis et al. (2004) y García-López et al. (2015). Los indicadores sugieren una falta de estas destrezas, particularmente en el manejo adecuado de la condición de ansiedad social. Además, se demuestra la necesidad de realizar planes para la operacionalización de estrategias que vayan a tono con las necesidades de los estudiantes universitarios con este desorden.

Tabla 2

Destrezas de estrategias de intervención inicial

Aseveración/Reactivo	Media	Moda	Mediana
51. Usted evita/evitaría mirar al estudiante a los ojos.	2.6	2.0	2.0
52. Usted evita/evitaría cualquier gesto de acercamiento físico (inclinarse/acercarse).	3.1	4.0	4.0
53. Usted tiende a ser más breve de lo usual (menos de una hora).	2.2	3.0	3.0
54. Usted evita/evitaría las preguntas abiertas.	2.2	2.0	3.0
55. Usted opta/optaría por hacer más preguntas cerradas.	2.5	3.0	3.0
56. Usted suministra/suministraría un inventario de AS durante la entrevista inicial.	1.9	1.0	1.0
57. Usted provee/proveería información sobre lo discutido en la entrevista.	2.4	2.0	2.0
58. Permite/permitiría al estudiante completar el historial en el hogar.	2.2	2.0	3.0, 1.0
59. Realiza/realizaría un referido a otro profesional de la salud para una evaluación de síntomas y severidad de la AS.	3.3	4.0	4.0
60. Utiliza/utilizaría las técnicas Cognitivo-conductual (TCC).	3.6	4.0	4.0

Discusión y conclusiones

Conforme a los hallazgos obtenidos, y con relación a las destrezas de reconocimiento de trastornos mentales, los hallazgos son cónsonos con los presentados por Witteman, Weiss y Metzmacher (2012), quienes, en un estudio sobre el conocimiento general de los practicantes de consejería para reconocer y discriminar entre el desorden de depresión mayor y el desorden de ansiedad, concluyeron que la ejecución de los consejeros fue menor en comparación con otros dos grupos de profesionales de salud mental. Por otro

lado, Jiménez-Chafey, Serra e Irizarry-Robles (2013) señalaron la existencia de prácticas inadecuadas entre los profesionales de la salud en las universidades de Puerto Rico para explorar y evaluar los síntomas y señales de la ideación/conducta e intención suicida. Sumado a esto, Strohmer, Biggs, Haase y Purcell (1983), basados en los resultados de su estudio, concluyeron que existen diferencias sustanciales en el nivel de peritaje y ejecución de destrezas relacionadas a ciertos factores cognitivos en aquellos consejeros con mayor complejidad cognitiva en comparación con aquellos con menor conocimiento o complejidad cognitiva. Estos recientes hallazgos confirman el planteamiento de Connor, Davidson, Sutherland y Weisler (1999) sobre la pobre capacidad de reconocimiento de la ansiedad social por parte de los profesionales de la salud, ya que se enfocan principalmente en los problemas de salud comórbidos o los problemas circundantes, y no se percatan de la condición en sí.

Los hallazgos obtenidos en esta investigación coinciden con otros trabajos realizados en Puerto Rico. Uno de ellos, con consejeros profesionales escolares, realizado por Santiago (2008), concluye haber puesto de manifiesto la necesidad de mejorar el conocimiento de estos profesionales para aumentar la prevención y el manejo adecuado del riesgo suicida de los adolescentes en las escuelas públicas de la isla. Sobre este mismo tema, Jiménez y colegas (2013) reafirman la existencia de una deficiencia en el conocimiento de los profesionales de la salud mental en las universidades de Puerto Rico sobre este particular. Según su estudio, se evidencia la existencia de prácticas inadecuadas este personal para explorar, evaluar y manejar dicho riesgo.

De acuerdo con la teoría epistemológica, los sujetos pueden demostrar poseer un conocimiento adecuado sobre un tema cuando entienden los conceptos y su naturaleza (*saber qué*). No obstante, según los resultados obtenidos, los participantes del estudio demuestran no poseer el conocimiento en la mayoría de las aseveraciones dirigidas a *saber qué* sobre la ansiedad social, específicamente aquellas que describen el impacto de la condición. Este *saber qué* (conocimiento) es lo “empírico” de su *saber cómo* (destrezas). Estos resultados tienen implicaciones en las respuestas prácticas y destrezas de los consejeros profesionales, según su conocimiento, se espera que presten un desempeño profesional adecuado.

Queda claro que todos estos hallazgos sugieren la necesidad de integrar un aprendizaje más abarcador y de actualizar el conocimiento de los profesionales de la consejería en torno al impacto de la AS en la cotidianidad de los estudiantes y la severidad de la condición.

Implicaciones para la consejería

Los consejeros profesionales en el escenario universitario deben poseer las destrezas necesarias para reconocer los síntomas y las señales del desorden de ansiedad social, así como otros trastornos mentales entre los estudiantes universitarios. Es importante que

estos profesionales de la salud mental tengan muy claras dichas señales y el impacto que estos trastornos suponen en el individuo. No obstante, esto no parece ser así, pues se evidenciar que el 75% de las respuestas ofrecidas en este estudio se alejaron de la respuesta correcta de *totalmente de acuerdo*. Los hallazgos sugieren, pues, que hay necesidad de un aprendizaje más abarcador, con relación al impacto y la severidad de la condición en la población de estudiantes universitarios con diagnóstico o conductas indicativas de ansiedad social. Esta acción redundaría en intervenciones adecuadas, mayor retención y una mejor calidad de vida para los alumnos. El profesional de la consejería que no posea el conocimiento necesario y abarcador sobre las condiciones mentales de mayor frecuencia entre el estudiantado, primeramente, no podrá aportar a la educación sobre estos temas a la comunidad universitaria, así como tampoco podrá actuar a favor de la justicia social para quienes las padecen. A esto se añade la posibilidad de que la falta de información y conocimiento sobre el impacto de la condición de ansiedad social afecte su juicio clínico y su manejo adecuado, lo que resulta en una alta posibilidad de adjudicar la conducta a razones ajenas a la condición. Esto último repercutirá en la habilidad del consejero para observar y realizar una buena entrevista inicial, lo que limitará, a su vez, la posibilidad de intervenciones adecuadas y la permanencia del estudiante en el proceso de ayuda.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA.** (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a. ed.). Arlington, VA: Autor.
- Austin, B. D.** (2003). *Social anxiety, shyness and perceived social self-efficacy in college students* (Disertación doctoral. University of Arkansas, Fayetteville. Disponible en ProQuest Dissertation and Thesis. (UMI Number: 3097295).
- Beamish, P.** (2005). Introduction to the Special Section - Severe and persistent mental illness on college campuses: considerations for service provision. *Journal of College Counseling*, 8(2), 138-139. Disponible en <https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2005.tb00080.x>
- Bishop, J. B.** (2006). College and university counseling centers: Question in search of answers. *Journal of College Counseling*, 9(1), 6-19.
- Bolsoni-Silva & Loureiro, S. R.** (2014). The role of social skill in social anxiety of university students. *Paidéia (Ribeirão Preto)*,

24(58), 223-232. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272458201410>

Brook, C. A. & Willoughby, T. (2015). The social ties that bind: Social anxiety and academic achievement across the university years. *Journal Youth Adolescence*, 44(5), 1139-1152. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0262-8>

Bryant, B. & Trower, P. E. (1974). Social difficulty in a student sample. *British Journal of Educational Psychology*, 44(1), 13-21. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.2044-8279.1974.tb00761.x>

Caéz, K. L., Sayers, S. K. & Martínez-Taboas, A. (2013). Validación del Instrumento de Fobia Social (IFS) en una muestra de personas con trastorno de ansiedad social en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 24(2), 1-11.

Campbell, C., Bierman, K. & Molenaar, P. (2016). Individual day to day process of social anxiety college students. *Applied Development Science*, 20(1), 1-15. Disponible en <https://doi.org/10.1080/10888691.2015.1026594>

Connor, K. M., Davidson, J., Sutherland, S. & Weisler, R. (1999). Social phobia: Issues in assessment and management. *Epilepsia*, 40(6), 560-565. Disponible en <https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1999.tb00935.x>

Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed method approaches*. Los Angeles, CA: SAGE Publication.

Curtis, R. C., Kimball, A. & Stroup, E. L. (2004). Understanding and treating social phobia. *Journal of Counseling & Development*, 82(1), 3-9. Disponible en <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00279.x>

Dailey, S., Gill, C., Karl, S. L. & Barrio-Minton, C. (2014). *DSM-5: Learning companion for counselors*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

Díaz, C. (2015). Ansiedad y fobia social: Causas y tratamiento [Suplemento de psiquiatría]. *Galenus*, 23(2). Recuperado de <http://www.galenusrevista.com/?Ansiedad-y-fobia-social-Causas-y>

García-López, L. J. (2000). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para la población adolescente con fobia social* (Disertación doctoral). Universidad de Murcia, España. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11007/GarciaLopez.pdf?sequence>

García-López, L. J., Salvador, M. & De Los Reyes, A. (2015). Assessment of social anxiety in adolescents. En K. Ranta, A. M. La Greca, L. J. Garcia-Lopez & M. Marttunen (Eds.), *Social anxiety and phobia in adolescents: Development, manifestation and intervention strategies* (121-150). Suiza: Springer International Publishing. Recuperado de https://doi.org/10.1007/978-3-319-16703-9_6

Ghezelbash, S., Rahmani, F., Peyrovi, H. & Inaloo, M. (2015). Social anxiety in nursing students of Teheran University of Medical Sciences. *Research and Development in Medical Education*, 4(1), 85-90. Recuperado de <https://doi.org/10.15171/rdme.2015.014>

Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2015). *Metodología de la investigación* (6a. ed.). México: McGraw-Hill.

Ivey, A. E., Bradford, M. & Zalaquett, C. P. (2014). *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in multicultural society* (8a. ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.

Jiménez-Chafey, M. I., Serra, J. & Irizarry-Robles, C. (2013). University mental health professionals in Puerto Rico: Suicide experiences, attitudes, practices and intervention skill. *Journal of College Students Psychotherapy*, 27(3), 238-253. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/87568225.2013.798225>

King, J. (2014). Assessment and diagnosis of anxiety, somatic symptom and related disorders. *Counseling Today*, 56(12), 12-15.

Lampe, L. A. (2000). Social phobia: A review of recent research trends. *Current Opinions in Psychiatry*, 13(2), 149-155.

Leigh, E. & Clark, D. M. (2015). Cognitive therapy for social anxiety disorder in adolescents: A development case series. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 44(1), 1-17. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1017%2FS1352465815000715>

- Lorenzano, C.** (2004). La estructura del conocimiento práctico. *Revista de Filosofía*, 29(2), 40-61. Recuperado de http://www.academia.edu/4427571/La_estructura_del_conocimiento_practico
- Martínez-Taboas, A. & Bernal, G.** (2014). Estudio de casos clínicos (Eds.). San Juan, PR: *Publicaciones Puertorriqueñas*.
- Melgar, R.** (2010). *Gnoseología, teoría del conocimiento*. Recuperado de <http://www.librosoterico.com/biblioteca/metafisica/GNOSEOLOGIA.pdf>
- Morales, E.** (2011). La ansiedad social en el ámbito universitario. *Revista Griot*. 4(1), 35-48. Recuperado de <http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/download/1870/1662>
- National Collaborating Centre for Mental Health, NCCMH.** (2013). *Social anxiety disorder: Recognition, assessment and treatment. National Clinical Guideline Number 159*. Leicester, GB: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK266258/>
- Nordstrom, A. H., Swenson, L. M. & Heister, M.** (2014). The effect of social anxiety and self-esteem on college adjustment, academics, and retention. *Journal of College Counseling*, 17(1), 48-63. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2014.00047.x>
- Olivares, J.** (2011). Catorce años de intervención en adolescentes con fobia social (1997-2011). *Información Psicológica*, 102, 90-109.
- Olivares, J., Caballo, V., García-López, L. J., Rosa-Alcázar, A. & López-Gillonet, C.** (2003). Una revisión de los estudios epistemológicos sobre fobia social en la población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11(3), 405-427. Recuperado de <http://www.researchgate.net/publication/266339869>
- Olivares, J., Olivares, P., Rosa-Alcázar, A.** (2012). *Ventajas de la detección temprana como estrategia para tratar la fobia social*.

Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4006&cat=38

Padilla Rodríguez, D. (2009). *Estudio de las funciones que llevan a cabo los consejeros profesionales del nivel secundario del Departamento de Educación de Puerto Rico* (Tesis de maestría inédita). Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, San Juan, Puerto Rico.

Purdon, C., Antony, M., Monteiro, S. & Swinson, R. P. (2001). Social anxiety in college students. *Anxiety Disorders*, 15(3), 203-215. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(01\)00059-7](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(01)00059-7)

Quiñones, A. (2013). *Encuesta de necesidades de consejeros profesionales post-secundarios*. Recuperado de <http://es.surveymonkey.com/s/TLBP23H>

Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid, España: Editorial Dykinson.

Santiago, E. (2008). *Validación de un modelo de capacitación sobre el conocimiento, las actitudes y las destrezas de los consejeros(as) profesionales escolares del nivel secundario en la prevención de comportamiento de alto riesgo suicida en adolescentes*. (Disertación doctoral inédita). Universidad Interamericana, San Juan, Puerto Rico.

Serra, J. (2010). Aspectos psicosociales y el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Cuaderno de Investigación en la Educación*, 25, 75-89.

Sharkin, B. & Coulter, L. (2005). Empirically supporting the increasing severity of college counseling center client problems: Why is so challenging? *Journal of College Counseling*, 8(2), 165-171. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2005.tb00083.x>

Strahan, E. Y. (2003). The effect of social anxiety and social skill on academic performance. *Personality and Individual Differences*, 34(2), 347-366. Disponible en [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0191-8869\(02\)00049-1](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0191-8869(02)00049-1)

- Strohmer, D., Biggs, D., Haase, R. & Purcell, M.** (1983). Training counselor to work with disabled clients: Cognitive and affective components. *Counselor Education & Supervision*, 23(2), 132-139.
- Tosevki, D. L., Milovancevic, M. P. & Gajic, S. D.** (2010). Personality and psychopathology of university students. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(1), 48-52. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328333d625>
- Vassipoulos, S. & Brouzo, A.** (2012). A pilot person-centered group counseling for university students: Effect on social anxiety and self-esteem. *Hellenic Journal of Psychology*, 9(3), 222-239. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/236659566_A_pilot_person-centred_group_counselling_for_university_students_Effects_on_social_anxiety_and_self-esteem
- Walker, J. R. & Stein, M. B.** (1995). Epidemiology. En M. B. Stein (Ed.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* (pp. 43-75). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Watson, J. C.** (2013a). Rethinking the provision of counseling services: A paradigm shift for college counselors [Editorial]. *Journal of College Counseling*, 16(1), 3-5. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2013.00022.x>
- Watson, J. C.** (2013b). The changing face of college counseling: New services for a new campus population [Editorial]. *Journal of College Counseling*, 16(2), 99-101. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/j.2161-1882.2013.00029.x>
- Wittman, C., Weiss, D. J. & Metzmaeher, M.** (2012). Assessing diagnosis expertise of counselor using the Cochran-Weiss-Shanteau (CWS) Index. *Journal of Counseling and Development*, 90, 30-34. Disponible en <https://doi.org/10.1111/j.1556-6676.2012.00005.x>

La *Revista de Educación de Puerto Rico* (ISSN 2689-2944) surge de la fusión de las revistas *Cuaderno de Investigación en la Educación* (ISSN 1540-0786, e-ISSN 2472-7520) y *Pedagogía* (ISSN 0031-3769, e-ISSN 2689-1409). Es publicada por el Centro de Investigaciones Educativas de la Facultad de Educación, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras desde 2018.

Este artículo está disponible bajo las prácticas de acceso abierto, de acuerdo con la licencia de Creative Commons, Atribución-NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0). Mediante estos principios, la revista y sus autores permiten a los lectores acceder, reproducir y compartir los textos completos de los artículos en cualquier medio, siempre que los autores y la revista reciban el debido crédito, sin sugerir que tienen el apoyo de ellos. Bajo ninguna circunstancia, los lectores pueden hacer uso de los contenidos con propósitos comerciales. Los autores conservan los derechos de autor sobre sus trabajos.

Puerto Rico Journal of Education (ISSN 2689-2944) is the merging of the journals *Cuaderno de Investigación en la Educación* (ISSN 1540-0786, e-ISSN 2472-7520) and *Pedagogía* (ISSN 0031-3769, e-ISSN 2689-1409). It is published by the Educational Research Center of the College of Education, University of Puerto Rico, Rio Piedras Campus since 2018.

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Licence, Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0). Under these terms, the journal and its authors grant readers unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided the original authors and source are properly credited, and without suggesting users have their support. Under no circumstances this content may be used for commercial purposes. The authors retain copyright on their works.