

## La ansiedad social en el ámbito universitario<sup>1</sup>

Elizabeth Morales Olivo  
Consejera Profesional  
Facultad de Estudios Generales  
Recinto de Río Piedras  
Universidad de Puerto Rico  
[morales\\_e2000@yahoo.com](mailto:morales_e2000@yahoo.com)

### Resumen

La ansiedad social es un trastorno mental que provoca un miedo intenso e irracional cuando la persona se expone a interacciones sociales o cuando realiza actividades en presencia de desconocidos. Se manifiesta entre los 15 a 20 años de edad, la cual coincide con la edad de la mayoría de los jóvenes que ingresan a la universidad. Las relaciones interpersonales son indispensables para que los estudiantes universitarios desempeñen un trabajo académico satisfactorio. Los jóvenes con ansiedad social deben recibir atención de los profesionales de ayuda para que puedan entender su condición, manejar sus síntomas y finalmente superarlos. El tratamiento cognitivo conductual ha mostrado ser efectivo para intervenir con los estudiantes que padecen este trastorno. Tratando la ansiedad social se contribuirá al fortalecimiento de la retención estudiantil permitiendo que nuestros jóvenes alcancen sus metas.

Palabras claves: ansiedad social, estudiantes universitarios, tratamiento cognitivo conductual

### Abstract

Social anxiety is a mental disorder that causes an intense and irrational fear when the person is exposed to social gatherings or when he/ she is performing in public activities in front of strangers. It occurs when the young person is between 15 to 20 years old, which coincides with the age of most young people entering college. Interpersonal relationships are essential for college students to perform well in their academic work. Young people with social anxiety should receive professional care so they can understand the condition, manage their symptoms and eventually overcome them. Cognitive behavioral therapy has proven to be effective in helping the students who have this disorder. Treating social anxiety will contribute to strengthening student retention and allowing our youth achieve their goals.

Keywords: social anxiety, college students, cognitive behavioral treatment

---

<sup>1</sup>Sometido: 20 de junio de 2012  
Revisado: 25 de junio de 2012  
Aceptado: 29 de junio de 2012

El primer año de estudios en la vida de un universitario es el más importante y retador porque durante este tiempo se establecen las bases de lo que será su experiencia universitaria y su formación profesional. Su estilo de vida cambia drásticamente; se expone a nuevos retos y experiencias. La dinámica universitaria le requiere interaccionar socialmente con sus pares, profesores y el personal administrativo de la institución. Como estudiante universitario tiene que asumir completa responsabilidad por su decisión ocupacional, su ejecutoria académica, la administración de su dinero y el manejo de su sexualidad, entre otras situaciones (Beard, 1982 y Navas, 1997).

La vida universitaria exige que el estudiante cumpla con las demandas de la academia. Se espera que participe en clase, presente informes orales, tome exámenes, realice trabajos en equipo, investigue y desarrolle destrezas y conocimientos en tecnología entre otras responsabilidades. Estos trabajos requieren que el estudiante se mantenga en control de sus emociones, acciones y cogniciones logrando tal armonía que le permita desempeñarse de acuerdo a sus capacidades. No obstante, muchos estudiantes exhiben conductas de ansiedad ante la multiplicidad de tareas que tienen que realizar.

El término ansiedad proviene de la palabra del latín *anxius*, que significa agitación. Cuando la ansiedad se basa en miedos realistas y racionales ayuda a las personas a manejar situaciones difíciles de manera efectiva y les estimula a preservar la vida. Tomamos por ejemplo un individuo que se dispone a cruzar una avenida. La velocidad excesiva de los autos le provoca cierto grado de ansiedad que le insta a tomar las debidas precauciones para evitar un accidente. Es apropiado y razonable reaccionar con ansiedad ante algunas situaciones de la vida diaria. Sin embargo, si la ansiedad es muy intensa, hace perder el control, provoca que se afronten inadecuadamente los problemas, persiste por mucho tiempo y/o interfiere con el buen funcionamiento de las personas; se convierte en un problema de salud emocional (Bourne 1994 y Ellis 2000).

El Manual Estadístico de Desordenes Mentales (DSM IV-TR) publicado por la American Psychiatric Association (2000) identifica varios desordenes de ansiedad: desorden de pánico, agorafobia, fobia específica, ansiedad social, desorden obsesivo compulsivo, estrés postraumático, desorden de estrés agudo, ansiedad generalizada, ansiedad inducida por sustancias y desorden de ansiedad no específico. Uno de los desordenes de ansiedad que más afecta adversamente el progreso académico del estudiante universitario es la ansiedad social o fobia social. Este trastorno interfiere en las relaciones interpersonales de las personas que la padecen. Estas sienten que son objeto de escrutinio público y temen conducirse de forma humillante y embarazosa por lo que se abstienen de realizar tareas frente a otras personas por mas sencillas y triviales que parezcan. Esta percepción distorsionada de la realidad les produce un miedo persistente que interfiere con la rutina del diario vivir, en sus responsabilidades académicas o laborales y en sus relaciones interpersonales, incluyendo las afectivas. Además, les genera graves síntomas físicos, tales como palpitaciones de corazón, escalofríos, problemas gastrointestinales y fuertes dolores de cabeza, entre otros malestares (Bados, 2001).

Quienes padecen de ansiedad social tienden a evitar interacciones con personas que les resultan poco familiares. Dado el hecho de que las relaciones interpersonales son esenciales en la realización de cada actividad universitaria, el estudiante que sufre de ansiedad social puede disminuir su desempeño académico y limitar las posibilidades de alcanzar sus metas profesionales. Según Masia, Klein, Storch y Corda (2001), las personas con diagnóstico de ansiedad social perciben que sus aspiraciones vocacionales se han

tronchado, que se disipan sus oportunidades de empleo y que sus relaciones interpersonales se coartan. Bados (2001), concurre con este planteamiento al señalar que las personas con ansiedad social presentan marcadas dificultades en rendir exámenes orales, reciben menos educación, restringen la expresión de sus sentimientos, se encuentran con mayores dificultades para formar pareja, y eventualmente para mantenerse en el matrimonio. Pierden la oportunidad de desarrollar al máximo sus capacidades y se empobrece la calidad de sus vidas. Siguiendo otra perspectiva, Beard, C. (2011) y Maj, Akistal y López-Ibor (2004) se enfocan en el impacto económico que acarrea la ansiedad social en las personas que la sufren. Los autores aluden a datos demográficos para señalar que los que padecen este desorden acceden a puestos de trabajos de menor categoría y de menor remuneración económica. Pierden sus empleos debido a constantes ausencias por enfermedad y por baja productividad. Al no generar ingresos sus gastos de manutención deben ser costeados por familiares o por el estado.

Por otro lado, es importante atender este problema, ya que los estudiantes que logran ingresar a instituciones universitarias han demostrado a través de pruebas de aptitud y de aprovechamiento académico, que poseen el potencial intelectual necesario para realizar una ejecutoria académica satisfactoria. Reconociendo que la misión y razón de ser de las instituciones universitarias es desarrollar el talento intelectual de sus estudiantes para que puedan ponerlo al servicio del país, es meritorio brindar ayuda profesional a los que padecen de ansiedad social para que puedan utilizar sus capacidades al máximo y sin límite alguno. No obstante, para poder brindar esta ayuda es necesario divulgar en qué consiste esta condición, cómo se origina y manifiesta, cómo afecta al estudiante universitario y que tratamiento puede aplicar el profesional de ayuda en el escenario universitario. Se espera que al divulgar esta información los profesores y otras personas que interactúan con estudiantes, pueden reconocer a los que presenten un posible comportamiento de ansiedad social y los refieran a los profesionales de ayuda de la institución. El conocimiento de este desorden puede permitir que el mismo sea reconocido con la seriedad que merece y no como una simple timidez propia de la adolescencia o como una falta de atención y compromiso con los asuntos de la universidad. Por otra parte, el propio estudiantado puede tomar conciencia de aspectos en su personalidad que tal vez sean síntomas de ansiedad social y se disponga a buscar ayuda profesional.

La literatura científica ha conceptualizado el trastorno de ansiedad social como un problema que se manifiesta hace varios siglos. Piqueras (2005) expone que en 1845, el erudito Robert Burton en su ensayo *La anatomía de la melancolía* presenta un caso de Hipócrates, cuya descripción se ajusta a los síntomas de la ansiedad social tal y como la conocemos en nuestros días. Este caso señala que la persona presentaba una severa timidez y una gran aprensión de hablar en público por miedo a ser deshonrado ante los demás, si vocalizaba mal o se excedía en gestos al hablar. Además sentía que era observado por cada persona.

Aunque en el transcurso de la historia se citan varios casos con estos síntomas, no es hasta el 1903 que el neurólogo y psiquiatra Pierre Janet utiliza el término *fobia de situaciones sociales* para describir a los pacientes que temían hablar en público o realizar actividades mientras les observaban (Olivares, Caballo, García, Alcázar y López, 2003). En 1966, los psiquiatras británicos Isaac Marks y Michael Gelder formalizaron el concepto

acuñado por Janet y propusieron que se le otorgara a la fobia social una categoría diagnóstica (Piqueras, 2005).

King y Murphy (1997) señalan que el trastorno de ansiedad social no recibió el reconocimiento ni la atención debida. La investigación y la referencia en la literatura era muy escasa. No fue hasta el 1980 que finalmente, la American Psychiatric Association (APA) incluye a la fobia social como una entidad diagnóstica en la tercera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). La evidencia científica arrojó nueva información sobre este trastorno y creó varios foros de discusión que fueron considerados en la publicación revisada del DMS-III, en 1987. La siguiente publicación del DSM-IV (DSM-IV,APA, 1994) mantuvo la definición de ansiedad social, sin embargo, agregó algunas notas para incluir en los criterios del diagnóstico a los niños. Se añade que la ansiedad debe estar presente cuando se interacciona con los pares y no sólo con los adultos (Donahue y Van Hasselt, 1994, Hazen y Stein, 1995).

En la revisión del DSM- IV (DSM-IV-TR, APA, 2000), se añadieron otros desordenes de ansiedad, no obstante los criterios para definir y diagnosticar la ansiedad social no cambiaron sustancialmente. Estos criterios son los siguientes:

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

En términos de la etiología del trastorno de ansiedad social, Hudson y Rapee (2000), Crozier y Alden (2005), Hindo y González-Prendes (2011) señalan cuatro factores

implicados en el origen de la ansiedad social: factores genéticos, factores familiares, factores ambientales y factores de desarrollo. Estos factores no son únicos en todos los casos, pueden presentarse de forma aislada o también pueden estar presentes varios factores a un mismo tiempo.

Hudson y Rapee (2000), citan un estudio con gemelos adoptados que padecen de ansiedad social, los cuales no habían mantenido contacto con sus padres biológicos. El estudio reveló que miembros de su familia biológica también padecían de esta condición, infiriendo que el factor genético puede ser determinante en el desarrollo de la ansiedad social. Según estos autores el ambiente familiar puede provocar ansiedad social cuando el niño es sobreprotegido, sobre controlado, rechazado o maltratado. Los factores ambientales que originan la ansiedad social pueden incluir eventos sociales traumáticos, tales como enfermedades de la niñez, y rechazo de los pares en la escuela o en su vecindad. En cuanto a los factores de desarrollo, la ansiedad social se atribuye a las experiencias negativas de críticas y desaprobación que reciben las personas a través de su crecimiento.

La ansiedad social se revela en la adolescencia, específicamente entre los 15 y 20 años de edad. No obstante, puede iniciarse con la timidez de la niñez, incrementándose por la presión de grupos en la escuela y por experiencias negativas. Persiste durante la adolescencia y la adultez joven con tendencia a disminuir en severidad durante la madurez. Rara vez comienza en la adultez (Botella, Baños, Perpiñá, 2003 y Bourne, 1994).

Quirk, Martínez y Nazario (2007) señalan que los estudios epidemiológicos exponen que los trastornos de ansiedad tienen una tasa de incidencia de un 8.9%, estimando que afecta a 26.9 millones de personas en los Estados Unidos. En referencia a Puerto Rico la prevalencia de los trastornos de ansiedad se fijó en un 7.5%, sugiriendo que impacta a más de 500,000 personas en el país.

Canino, Shrout, Rubio-Stipec, Bird, Bravo, Ramírez, Chavez, Alegría, Bauermeister, Hohmann, Ribera, García & Martínez-Taboas (2004) hicieron notar que la prevalencia de la ansiedad social en la población de niños puertorriqueños en edad de 4 a 17 años ocupa un segundo lugar comparado con otros desordenes de ansiedad. El DSM IV (2000), también ubica en segundo lugar la prevalencia de ansiedad social en los niños y adolescentes de la población norteamericana.

Canino (2007), realizó una revisión de los estudios epidemiológicos en el área psiquiátrica llevados a cabo en los últimos 25 años en Puerto Rico. De este estudio se desprende que no existen diferencias en la prevalencia de enfermedades mentales en Estados Unidos, Puerto Rico y otras poblaciones internacionales.

Algunos autores han señalado que la ansiedad social se manifiesta como una reacción a un estímulo amenazador. Por ejemplo, Walsh (2002) señaló que las personas que padecen este desorden experimentan un sentido aplastante de ansiedad cuando tienen que enfrentarse a situaciones que le pueden provocar desaprobación o rechazo de parte de otras personas. Tienen un temor excesivo a ser juzgados y humillados y constantemente sienten vergüenza y temor a no ser aceptados. Sufren cuando son presentados a otras personas, están expuestos a críticas, resultan ser el centro de atención, son vistos cuando están haciendo algo o hacen bromas en torno a su persona. Irracionalmente piensan que están expuestos al ridículo. No se atreven a mantener contacto visual con las demás personas, utilizan un estilo conservador en su apariencia para no llamar la atención y lucen en constante letargo. Evitan situaciones en las que deben interactuar con personas que están

fuera de su ámbito familiar. Proyectan tristeza, timidez, inseguridad y nerviosidad cuando se encuentran en público (Vittengl y Holt, 1998; Willutzki, Theismann y Schulte 2012).

Los miedos más comunes que enfrentan las personas con ansiedad social son: ruborizarse en presencia de otros, derramar alimentos mientras comen en público, ser observados mientras trabajan o realizan cualquier actividad, tomar exámenes, que el profesor les pregunte en clases, entrar a un salón cuando ya todos están sentados, hablar en público, ser vistos entrando a un baño, escribir o firmar documentos mientras otras personas están presentes y estar entre la muchedumbre (Bourne, 1994). Entre estos miedos el más que se destaca es el de hablar en público el cual inhibe sus destrezas de comunicación y por consiguiente, se afectan las ejecutorias académicas, el buen desempeño en el trabajo y las relaciones interpersonales. (Stein y Kean, 2000).

Los síntomas físicos de esta condición incluyen tensión, taquicardia, rubor, sudoración, resequedad en la boca, temblores, dificultades al tragar, contracciones gastrointestinales y tics nerviosos, entre otros síntomas. Cuando las personas con ansiedad social enfrentan un estímulo de temor tienen una fuerte y evidente reacción física, que al ser notada por los demás, les provoca que aumente la angustia que sienten. Experimentan una sensación de impotencia ante sus reacciones y sienten que no tienen el control para superarlas (Walsh, 2002).

Tristemente, la mayoría de los que sufren este desorden poseen la completa capacidad para llevar a cabo las ejecutorias propias de cualquier ciudadano. No obstante, cuando se encuentran entre la gente, se sienten extremadamente ansiosos llegando a ser incapaces de decir y hacer lo que pueden y afanosamente desean hacer. Una vez termina el episodio de ansiedad sienten coraje consigo mismos y nuevamente se angustian por no haber hecho lo que saben que podían hacer. Se culpan por sus propias actuaciones lastimando aún más su auto-estima (King y Murphy 1997).

Masia et al. (2001) sostienen que los adolescentes con ansiedad social pueden tener pocos amigos, pobre desempeño académico, dificultades para establecer relaciones íntimas y tener predisposición al uso del alcohol. Temen de hablar con maestros, participar en clases y de ir a fiestas. Sin embargo, estos jóvenes no quieren voluntariamente evitar interacciones sociales, tienen deseos de compartir con las demás personas. El miedo es el que les provoca su condición, les impide interrelacionarse. Los autores también señalan que si estos síntomas persisten en la adultez puede incrementar el riesgo de intentos de suicidio, abuso al alcohol, inhabilidad para trabajar, depresión o aislamiento social severo. Con estas afirmaciones los autores enfatizan en la importancia de realizar investigaciones que arrojen más información sobre esta condición, para luego desarrollar estrategias que permitan intervenir de forma efectiva con las personas que la sufren. La atención a edad temprana de la ansiedad social es indispensable para evitar mayores problemas en la adultez.

Otra situación que usualmente experimentan las personas con el problema de ansiedad social, es que coexisten otros problemas de salud mental. Algunos datos sugieren que la ansiedad social incrementa el riesgo de que se presenten otros trastornos de salud mental y de salud pública. Se ha observado que entre el 70 y el 80% de las personas que padecen de ansiedad social tienen algún otro trastorno diagnosticado. Dentro del trastorno de ansiedad, la comorbilidad es más frecuente con la agorafobia, el trastorno de pánico, la fobia específica y la ansiedad de ejecución. La comorbilidad también suele manifestarse con la depresión y el suicidio, la baja autoestima y el trastorno de

personalidad por evitación. Entre los problemas de salud pública, es común que las personas con ansiedad social sean propensos al alcoholismo, la adicción a drogas, el desempleo, el aislamiento y la soledad (Botella, Baños y Perpiñá, 2003).

Maj, et al. (2004), expresan que es sumamente importante prestar mucha atención a todos los problemas que presente la persona. Es necesario dedicar tiempo para escuchar al cliente sin interrumpirlo y evitar hacer preguntas cerradas. Muchos de las personas que visitan la oficina de un terapeuta expresan un problema en específico, la entrevista sistemática es la que permitirá reconocer otros problemas emocionales del cliente y determinar si existe comorbilidad con algún otro trastorno. Es necesario explorar si existe otro desorden mental en adición a la ansiedad social para poder proveer el tratamiento adecuado.

En la población universitaria, algunas investigaciones han demostrado que la ansiedad social ejerce un efecto adverso en el desempeño académico de estudiantes universitarios. Los resultados de estas investigaciones ponen en evidencia la necesidad de que los profesionales de ayuda puedan identificar y atender a los estudiantes con ansiedad social para que reciban los servicios necesarios que les permitan superar sus dificultades. En 1998 Vittengl y Holt, realizaron una investigación con estudiantes universitarios a nivel subgraduado para evaluar las diferencias individuales de comunicación entre jóvenes con ansiedad social y jóvenes sin ansiedad social. Para estos efectos se administró un cuestionario a ambos grupos de estudiantes. Después de evaluar los resultados los investigadores concluyeron que los jóvenes con ansiedad social tienen serias dificultades en sus comunicaciones, mientras que los estudiantes sin ansiedad social mantienen comunicaciones más efectivas. La comunicación es una destreza imprescindible en el escenario universitario porque permite que las ideas sean expresadas y atendidas de una manera clara, adecuada y efectiva. Observando que la ansiedad social inhibe esta destreza en los estudiantes universitarios, podemos inferir que limita sustancialmente su progreso académico.

Behnke y Sawyer (2001) y Stein y Kean (2000) afirman que es necesario el establecimiento de estrategias que controlen la ansiedad social en estudiantes para que éstos puedan comunicarse con efectividad. Señalan que los estudiantes con ansiedad social que tienen que presentar informes orales manifiestan síntomas físicos y psicológicos. Al igual que Ellis (2000) los autores concurren en que algún grado de ansiedad en las personas que hablan en público es necesario para la consecución de una óptima ejecutoria, sin embargo, altos grados de ansiedad evitan que los oradores puedan hacer presentaciones en público eficientemente. Los autores sugieren que los estudiantes que exhiben altos niveles de ansiedad deben exponerse a procedimientos terapéuticos que les ayuden a reducir la magnitud de las respuestas de ansiedad ante el evento de hablar en público.

En otra investigación, Lesure-Lester (2001) evaluó la relación entre la ansiedad social y la capacidad de los estudiantes universitarios de diferentes grupos étnicos para establecer relaciones interpersonales. La investigadora administró un cuestionario a los participantes del estudio para medir la capacidad de estos grupos de relacionarse con pares y un cuestionario para medir el trastorno de ansiedad social. Los resultados del estudio demostraron que el trasfondo cultural no afecta las relaciones interpersonales de los estudiantes, en cambio los que padecen de ansiedad social tienen pobres destrezas para establecer relaciones interpersonales y se sienten solos y avergonzados

independientemente de su trasfondo cultural. La autora concluyó que es necesaria la intervención de los consejeros universitarios en la reducción de la ansiedad social en los estudiantes para que éstos puedan relacionarse efectivamente con sus pares y así evitar sentimientos de soledad. Los resultados de esta investigación se ajustan a la teoría de desarrollo psicosocial de Albert Erickson (Schultz y Schultz, 2010). Este autor ubica al individuo en la etapa de intimidad cuando tiene entre 18 y 24 años de edad, la cuál es cónsona con la edad de ingreso y estadía universitaria en la mayoría de los estudiantes. El buen funcionamiento social y la adaptabilidad de la persona a esta etapa, depende del establecimiento de adecuadas relaciones interpersonales entre los adultos jóvenes: amigos, compañeros de estudio y trabajo, noviazgo y matrimonio. Las personas mal adaptadas a este período tienden a aislarse por la falta de relaciones interpersonales. Abonando a estos planteamientos, La Greca y López (1998) señalan que las relaciones interpersonales que establecen los adolescentes con sus amigos y pares, inciden en sus competencias personales y en su funcionamiento como adultos. Señalan que los jóvenes con ansiedad social que se sienten apoyados por sus pares, profesores o familiares presentan menos grados de ansiedad social.

Urani, Millar, Jonson y Petzel (2003) realizaron otra investigación que demuestra cómo la ansiedad social perjudica a los estudiantes universitarios. En dicha investigación participaron 105 estudiantes que vivían fuera del hogar desde su ingreso a la universidad. Las edades fluctuaban entre 17 a 19 años. El estudio reveló que existe una relación significativa entre la ansiedad social y la nostalgia del hogar. Los autores concluyeron que la transición de la vida en el hogar a la vida universitaria puede resultar muy estresante para los estudiantes, provocando nostalgia y disturbios psicológicos. Entre las recomendaciones expuestas resalta la necesidad de ofrecer servicios de apoyo que ayuden a los estudiantes a manejar y controlar su ansiedad social.

Los estudiantes con ansiedad social, aunque tengan la misma capacidad intelectual del resto de la población universitaria, no se encuentran en igualdad de condiciones. Las calificaciones de muchos de ellos no son las mejores a causa de las constantes inhibiciones a las que se someten, como por ejemplo, no participar en discusiones de las clases aunque conozcan las respuestas a las preguntas del profesor. Además, al estar dominados por sus miedos evitan hablar con el profesor cuando necesitan alguna explicación del material discutido. La vida universitaria se les torna cada vez más difícil por lo que muchos no completan el grado (Heimberg y Becker 2002). Considerando este aspecto, la intervención del consejero profesional no es sólo necesaria para ayudar al estudiante con ansiedad social a mejorar su salud mental a nivel individual; es también necesaria para cumplir con el compromiso institucional de fortalecer la retención universitaria.

Dentro de los manejos terapéuticos para tratar la ansiedad social esta la farmacoterapia. La literatura científica señala que la mayoría de los medicamentos utilizados para el tratamiento pertenecen a la familia de los ansiolíticos: beta-bloqueantes adrenérgicos, benzodiacepinas, inhibidores de la monoaminooxidasa, inhibidores selectivos de la receptación de serotonina, nefazodona, venlafaxina y el gabapentin, entre otros. Los beta-bloqueantes adrenérgicos se recetan para contrarrestar la hipertensión y reducir los síntomas de la ansiedad tales como la sudoración, los temblores y las palpitaciones. Las benzodiacepinas se utilizan para reducir los síntomas, sin embargo cuando se deja de tomar el medicamento la persona experimenta una recaída. Los inhibidores de la monoaminooxidasa requieren que se cambie la dieta de los pacientes ya que ciertos



alimentos provocan reacciones adversas. Los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina resultan ser los medicamentos más prometedores en el tratamiento de la ansiedad social por los escasos efectos secundarios que presentan. Otros fármacos que están demostrando efectividad en el tratamiento de la ansiedad social son nefazodona, venlafaxina y el gabapentin (Botella, Baños y Perpiñá, 2003 y Menezes, Coutinho, Fontenelle, Vigne, Figueira y Versiani, 2011).

Otra alternativa terapéutica utilizada en el manejo de la ansiedad social es la terapia cognitiva conductual. Esta terapia es apropiada para intervenir con estudiantes universitarios por su corta duración y porque permite que estos tomen parte activa y racional en su tratamiento. Además sus beneficios tienen un efecto duradero (Willutzki, Theismann y Schulte 2012). El consejero actúa como maestro y facilitador logrando que el estudiantado adquiera un mejor entendimiento de sí mismo y de su condición. Les enseña a reconocer los síntomas de la ansiedad social y a utilizar varias técnicas cognitivas conductuales para contrarrestarlos (Butler, 2001; Ellis, 2000; King, Murphy y Heyne, 1997; Fall, Holden y Marquis, 2004).

Ellis (2000) afirma que la persona crea su propia ansiedad cuando ante un evento dado reacciona con pensamientos irracionales que lo inducen a preocuparse innecesariamente y a perturbarse psicológicamente. Este es el principio de su Terapia Racional Emotiva Conductual la cuál desarrolló en 1955 y se enmarca en el enfoque cognitivo-conductual.

Según Ellis (2000) para estimular las habilidades sociales y disfrutar de los placeres que las interacciones sociales proporcionan, es necesario mejorar racionalmente la ansiedad. La persona con ansiedad social debe aprender a debatir los pensamientos irracionales que la provocan reconociendo que tiene derechos propios, gustos, deseos individuales e intereses personales. Debe reconocer que tiene derecho a luchar por lo que realmente quiere y a evitar lo que no le gusta, siempre que no interfiera con los derechos individuales y sociales de los demás. Para poder vivir en una comunidad social y disfrutar de los beneficios de vivir en sociedad debe pautarse objetivos y propósitos acordes a sus deseos y evaluar sus pensamientos, sentimientos y acciones en función de dichos objetivos.

Ellis (2000) expone que las personas que temen a las interrelaciones sociales, siempre encuentran alternativas para escapar de estas situaciones. Sin embargo, advierte que cuando evitan las situaciones temidas sólo consiguen aumentar su ansiedad porque cada vez que escapan, sienten una tranquilidad temporal a su problema. Se confirman a sí mismos que cuando no están frente al público se sienten aliviados, y por consiguiente, cada vez que se enfrenten a estas situaciones y su ansiedad aumenta tratan de evitarlas porque creen irracionalmente que sólo de esta manera estarán a salvo. Sugiere que para disminuir la ansiedad social las personas deben reconocer las creencias irracionales que le llevan a sentir miedo de ejecutar actividades frente a los demás. Luego deben debatir esas creencias para establecer creencias racionales que hagan desaparecer el miedo. Recomienda el uso de técnicas cognitivas conductuales, como por ejemplo la visualización, donde la persona pueda visualizarse en público ofreciendo una conferencia ante una gran audiencia sin ponerse nerviosa y sin sentirse incomoda. Otra recomendación que sugiere este autor es el uso del método de modelaje. El mismo requiere observar personas que no se muestran ansiosas ante situaciones que al individuo con ansiedad social le causan

pánico. Otra técnica de este método implica leer biografías de personas famosas que explican como se superaron ante las situaciones de pánico.

Bernstein (1999) realizó un estudio de caso utilizando principios de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, para atender y reducir la ansiedad social de una mujer de 26 años. El manejo de este caso ilustra claramente los pasos a seguir en una terapia cognitiva conductual. Desde su niñez y adolescencia esta mujer tuvo dificultades para hacer y mantener amistades. Le tenía pánico a las situaciones en las cuales se viera forzada a hablar. Comenzó a sentirse inadecuada. El tratamiento al que se sometió consistió de una terapia psiquiátrica corta, que en el transcurso de dos (2) meses conllevó nueve (9) sesiones con 90 minutos de duración. El plan de tratamiento incluyó establecer junto a la clienta las metas de la terapia, obtener información pertinente al caso y explicar el procedimiento del tratamiento. La clienta recibió ayuda para entender su ansiedad social y a reconocer el contexto donde ésta se desarrollaba. Se le enseñó a llevar un diario de sus pensamientos y se le proveyó asistencia para identificar los pensamientos que la inducían a la ansiedad social. Esta mujer aprendió a identificar y a anticipar las señales de la ansiedad social durante las sesiones terapéuticas y fuera de las terapias mediante la técnica de asignaciones. El tratamiento terminó cuando la mujer logró superar el miedo a las conversaciones y a las interacciones sociales.

Brian, Simons y Stiles (2002) realizaron otra investigación que apoya la efectividad de técnicas cognitivas conductuales para manejar la ansiedad social. Los investigadores afirman que para aliviar los miedos sociales se deben cambiar los patrones de pensamientos los cuales se manifiestan en el contenido de lo que se habla. El propósito de su estudio fue describir los cambios en el contenido de las conversaciones espontáneas que tienen las personas con ansiedad social en el transcurso de una terapia grupal de carácter cognitivo-conductual. En el estudio participaron dos (2) mujeres quienes eran estudiantes subgraduadas y un varón quien trabajaba como instructor universitario. Las mujeres indicaron que no podían participar en clases ni hacer presentaciones frente a sus compañeros y profesores. El hombre mostraba inhibiciones y dificultades en las reuniones profesionales, conducir una clase tipo conferencia y ofrecer presentaciones orales en público. Estas situaciones estaban acompañadas de los síntomas definidos en el DSM-IV para ansiedades: sudoración, temblores, vértigo, y ataques de pánico. El tratamiento consistió de sesiones semanales de 90 minutos de duración en un periodo transcurrido de 11 semanas. Los resultados del estudio reflejaron que el tratamiento para cambiar los patrones de los pensamientos facilita el cambio del contenido de las verbalizaciones y permiten que se reduzcan las preocupaciones al realizar actividades interpersonales.

Masia et al. (2001) realizaron otro estudio de carácter cognitivo conductual, que consistía de la creación de un modelo estructurado para reducir la ansiedad social a través de mejorar las habilidades sociales de los estudiantes y de aumentar su participación en actividades sociales. El modelo ofrece un entrenamiento en relaciones sociales, técnicas de relajación, resolución de problemas, auto-instrucción y cambios cognoscitivos. Después de implantar el modelo, los autores realizaron un estudio para evaluar su efectividad. Se encontró que todos los participantes del programa lograron una reducción significativa de los síntomas de ansiedad social.

Maj et al. (2004) demostraron la efectividad de la terapia de exposición para tratar la ansiedad social. Esta consiste en instruir a la persona a exponerse en un ambiente real o imaginario que usualmente le provoca miedo. Con la ayuda del terapeuta la persona

progresivamente se estimula a enfrentar sus temores y a modificar su comportamiento para que pueda tener una respuesta emocional adecuada a las situaciones que enfrenta. Estos autores también recomiendan la reestructuración cognitiva en cuyo proceso terapéutico las personas aprenden a identificar las cogniciones negativas que le inducen a tener miedos irracionales en las situaciones sociales.

La consejería grupal de tipo cognitivo conductual también es una estrategia muy efectiva en el tratamiento de la ansiedad social. Según Gladding (2011), en la consejería grupal los jóvenes pueden percatarse de que hay otros que están pasando por su misma situación, descubriendo que no se encuentran solos. Tienen la oportunidad de aprender a través de las interacciones con sus compañeros. Este aprendizaje puede ser llevado a la vida diaria produciendo cambios significativos en su conducta promoviendo el disfrute de una mejor calidad de vida. Sin embargo es importante señalar que Heimberg y Becker (2002) enfatizan que la consejería grupal se debe aplicar después de que la persona haya recibido terapia individual. En sesiones individuales el profesional de ayuda debe discutir junto al cliente sus miedos, pensamientos negativos, errores de juicio y de interpretación. Usando la técnica de confrontación la persona reconocerá racionalmente que no hay por qué temerle a las situaciones sociales. Logrando esta aptitud el cliente reducirá la ansiedad que le puede provocar el pensar que tiene que relacionarse con extraños.

En conclusión, los trastornos de ansiedad poseen la incidencia más alta de enfermedades mentales en Estados Unidos, Puerto Rico y otras poblaciones internacionales. Los estudios epidemiológicos señalan que entre estos trastornos, la ansiedad social ocupa el segundo lugar de mayor ocurrencia. La ansiedad social es un trastorno mental que consiste en un temor acusado y persistente cuando la persona que la padece se enfrenta a situaciones sociales. Irracionalmente se siente bajo escrutinio público y teme actuar de un modo vergonzoso o humillante.

Los estudiantes universitarios poseen un potencial intelectual validado por pruebas de aptitud y aprovechamiento académico. No obstante, los jóvenes que padecen de ansiedad social tienen dificultades en establecer relaciones interpersonales las cuales son fundamentales en la vida académica. La intervención temprana de los profesionales de ayuda es indispensable para evitar que esta condición menoscabe el futuro profesional y la calidad de vida del estudiante que la padece. Restableciendo la estabilidad emocional del estudiantado se detendrá el avance de esta condición y el advenimiento de otros problemas de salud mental y de salud pública. La revisión de la literatura ha demostrado que el enfoque cognitivo conductual es apropiado y efectivo para atender a los estudiantes con ansiedad social. La variedad de técnicas y estrategias que provee este tratamiento le facilita al profesional de ayuda su intervención. Además puede enseñarle al estudiante la utilización de estas técnicas para que disponga de ellas en el momento en que sienta los síntomas de su condición. De esta manera tomará responsabilidad y parte activa en el proceso de su recuperación. Además, la ayuda profesional contribuirá a que el estudiante permanezca en la universidad logrando sus metas académicas, personales y profesionales. Preservando su salud mental tendrá altas probabilidades de cumplir con su responsabilidad como ciudadano convirtiéndose en un ser humano productivo para la sociedad.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4<sup>th</sup>, T.R.). Washington, D.C: APA.
- Bados, A. (2001). *Fobia Social*. España: Editorial Paidós.
- Beard, S.S., Elmore, R.T. & Lange, S. (1982). Assessment of students needs: Areas of stress in the campus environment. *Journal of College Student Personnel*, 23(4), 348-350.
- Beard, C. (2011). Cognitive bias modification for anxiety: current evidence and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics* 11(2), 299-311. doi: 10.1586/ern.10.194
- Behnke, R.R., & Sawyer, C.R. (2001). Public speaking arousal as a function of anticipatory activation and autonomic reactivity. *Communications Reports*, 14(2), 73-78.
- Bernstein, S. (1999). A time saving technique for the treatment of Simple Phobias. *American Journal of Psychotherapy*, 53(4), 501-513.
- Botella, C., Baños R.M., & Perpiñá, C. (2003). *Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento*. España: Editorial Paidós.
- Bourne, J. (1994). *The anxiety and phobia workbook*. Oakland: Harbinger.
- Butler, G. (2001). *Overcoming social anxiety and shyness*. New York: New York University Press.
- Brian, M. W., Simons, K.J., & Stiles, W.B. (2002). Content analysis of social phobics discourse in cognitive-behavioral therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 56(2), 233-245.
- Canino, G. (2007). A Review of psychiatric epidemiology studies in Puerto Rico. *Puerto Rico Health Science Journal*. 26(4). 385-394.
- Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bird, H.R., Bravo, M., Ramírez, R., Chavez, L., Alegria, M., Bauermeister, J.J., Hohmann, A., Ribera, J., García, P. & Martínez-Taboas, A. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives General Psychiatry*. 61(1). 85-93. doi:10.1001/archpsyc.61.1.85
- Crozier, R. & Alden, L. (2005). *The essential handbook of social anxiety for clinicians*. John Wiley & Sons, Ltd. England.
- Edwards, A.R. (2011). *Psychotherapy y and Pharmacotherapy for Social Anxiety Disorder: A Comprehensive Meta-Analysis*. (Tesis doctoral, Temple University).
- Ellis, A. (2000). *Como controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Donohue, B.C., & Van Hasselt, V. B. (1994). Behavioral assessment and treatment of social phobic. *Behavioral Modification*, 18(3), 262-289.
- Fall, K., Holden, J.M., & Marquis, A. (2004). *Theoretical models of counseling and psychotherapy*. New York: Brunner-Routledge.

- Gladding, S.T. (2011). *Group: A counseling specialty* (6<sup>th</sup> ed.). NJ: Merrill Prentice Hall.
- Hindo, C. S., & González-Prendes, A. (2011). One-session exposure treatment for social anxiety with specific fear of public speaking. *Research On Social Work Practice, 21*(5), 528-538. doi:10.1177/1049731510393984.
- Heimberg, R.G., & Becker R.E. (2002). *Cognitive- Behavioral group therapy for social phobia*. New York, N.Y.: The Guilford Press a division of Guilford Publications.
- Hudson, J. L., & Rapee, R.M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification, 24*(1), 102-129. doi: 10.1177/014545500241006.
- Willutzki, U., Theismann, T., & Schulte, D. (2012). Psychotherapy for social anxiety disorder: long-term effectiveness of resource-oriented cognitive-behavioral therapy and cognitive therapy in social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology, 68*(6), 581-591. doi: 10.1002/jclp.21842.
- King, N., Murphy, G. C., & Heyne, D. (1997). The nature and treatment of social phobia in youth. *Counselling Psychology Quarterly, 10*(4), 377-389.
- Lesure-Lester, G. (2001). Dating competence, social assertion and social anxiety. *College Student Journal, 35*(2), 317-323.
- La Greca, A., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relation. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*(2), 83-95.
- Maj, M., Akistal, H. S., López-Ibor, J.J. (Ed.). (2004). *Phobias*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Masia, C.L., Klein, R.G., Storch, E.A., & Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(7) 780-794.
- Menezes, G., Coutinho, E., Fontenelle, L., Vigne, P., Figueira, I., & Versiani, M. (2011). Second-generation antidepressants in social anxiety disorder: meta-analysis of controlled clinical trials. *Psychopharmacology, 215*(1), 1-11.
- Navas, J. (1997). *Como tomar decisiones y solucionar problemas racionalmente*. San Juan: Publicaciones puertorriqueñas.
- Olivares J., Caballo V., García L.J., Alcázar, A.I., López C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual, 11*(3), 405-427.
- Piqueras J. (2005). *Análisis de la eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado*. (Tesis doctoral, Universidad de Murcia). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10803/11008>.
- Quirk, G.J.; Martínez, K.G & Nazario-Rodríguez, L.L. (2007). Translating findings from basic fear research to clinical psychiatry in Puerto Rico. *Puerto Rico Health Science Journal. 26*(4), 321-328.
- Schultz, D.P. & Schultz, S.E. (2010). *Theories of personality*. U.S.A.: Cengage Learning Inc.

- Stein, M., & Kean, M. (2000). Disability and Quality of life in social phobic. *American Journal of Psychiatric*, 157(10), 76-87.
- Urani, M.A., Miller, S.A., Johnson, J.E., & Petzel, T.P. (2003). Homesickness in socially anxious first year college students. *College Students Journal*, 37(3), 392-400.
- Vittengl, J.R., & Holt, G.S. (1998). Positive and negative affect in social interactions as a function of partner familiarity, quality of communication, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(2) 196-109. doi: 10.1521/jscp.1998.17.2.196.
- Walsh, J. (2002). Shyness and social phobia: A social work perspective on a problem in living. *Health and Social Work*, 27(2) 137-150.