



Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Humanidades y Educación  
Escuela de Comunicación Social

## **El miedo a ser visto**

*Reportaje interpretativo basado en el análisis de los testimonios de pacientes que padecen ansiedad social en la ciudad de Caracas durante febrero de 2019*

Trabajo de Grado para optar por la Licenciatura en Comunicación Social

Autoras: González Nathaly, Páez Stefanie

Tutor: Santiago Harrinson

Caracas, 8 de julio de 2019



Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Humanidades y Educación  
Escuela de Comunicación Social

## **El miedo a ser visto**

*Reportaje interpretativo basado en el análisis de los testimonios de pacientes que padecen ansiedad social en la ciudad de Caracas durante febrero de 2019*

Trabajo de Grado para optar por la Licenciatura en Comunicación Social

Caracas, 8 de julio de 2019

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Trabajo de Grado para optar por la Licenciatura en Comunicación Social

**El miedo a ser visto:**

*Reportaje interpretativo basado en el análisis de los testimonios de pacientes que padecen ansiedad social en la ciudad de Caracas durante febrero del 2019*

**Resumen**

Este trabajo periodístico tiene como objetivo dar a conocer la ansiedad social como un trastorno que se mantiene silente en la sociedad venezolana a pesar de ser uno de los problemas de salud más comunes a nivel mundial. El trabajo parte de una investigación mixta (cualitativa y cuantitativa) que sentó las bases para la elaboración de un reportaje interpretativo que, a través de entrevistas aplicadas a pacientes y expertos, y el análisis de datos estadísticos, demostró que la ansiedad social no es un problema conocido en el contexto venezolano debido a las pocas investigaciones y campañas informativas que se han desarrollado sobre el tema en el país y la inexistencia de datos oficiales que revelen el estado de la salud mental.

**Palabras clave:** Periodismo, ansiedad social, trastorno mental, reportaje interpretativo, testimonio.

CENTRAL UNIVERSITY OF VENEZUELA

Degree Work to qualify for the Social Communication Degree

**The fear of being seen:**

*Interpretative report based on the analysis of patients' testimonies suffering from social anxiety in the city of Caracas during February 2019*

**Abstract**

The main objective of this journalistic paper is to exhibit social anxiety as a common disorder that has been ignored by the Venezuelan society despite of being one of the most common health problems worldwide. It is based on a mixed research (qualitative and quantitative) that sets the foundations for an interpretative reportage that, through interviews to certain patients and experts, and the analysis of statistical data, showed that social anxiety is not a recognized problem in the Venezuelan context due to lack of research and informative campaigns that has been carried out about this topic in the country. And the non-existent official data that can shed some light on the mental health status.

**Key words:** Journalism, social anxiety, mental disorder, interpretative reportage, testimony

## **Dedicatoria**

A mis padres,  
que nunca me han soltado de la mano. Mis logros siempre serán primero suyos.

A mi hermana,  
a quien extraño con el alma y de quien siempre he estado orgullosa.

A los pacientes,  
que nos permitieron contar sus historias a través de estas líneas.

Atte: Stefanie P.

A mis padres,  
que siempre estuvieron ahí para apoyarme y hacerme creer en mí misma.

A mi hermano,  
por enseñarme a no sentirme pequeña ante las circunstancias de la vida.

A mi compañera de tesis,  
por ser la persona más increíble que pudo regalarme la carrera universitaria.

A los pacientes,  
por recordarme que no estoy sola.

Atte: Nathaly G.

## **Agradecimientos**

Agradezco a Dios porque nunca me ha abandonado y en los momentos donde siento que no puedo más, me da las fuerzas que necesito para seguir adelante.

A mis padres, mi base y apoyo en momentos de debilidad. Gracias por no dejarme sola ni un instante y por creer en mí aún en los momentos en los que nadie lo hace. Son mi mayor bendición.

A mi hermana quien se ha convertido en mi ejemplo a seguir. Su amor incondicional nunca me ha faltado aún en la distancia.

Al Hospital Universitario de Caracas que nos abrió sus puertas y nos mostró una realidad distinta. Cada una de las personas que conocí allí, pacientes y doctores, me hicieron sentir más humana, más valiente y más orgullosa del trabajo realizado.

A mis amigos universitarios, quienes han hecho este camino ameno y me han enseñado que cada persona es especial. Sus talentos y logros siempre me harán sentir orgullosa.

A mi familia, son mi mejor ejemplo de unión, amor, sacrificio y humildad.

A mi tutor, y de ahora en adelante amigo, gracias por asumir este reto junto a nosotras. Por creer en todo momento que lo lograríamos y no soltar nuestra mano ni siquiera en los momentos de adversidad. Este logro también es suyo.

A mi hermana y compañera de tesis, eres mi mejor decisión en toda la carrera universitaria. Gracias por ser el apoyo fundamental que no me dejó caer en los momentos de crisis. Gracias por darme la oportunidad de conocer esta realidad. Y, sobre todo, ¡GRACIAS! Por estar conmigo durante 10 semestres, sin ti nada de esto hubiese sido posible.

Atte: Stefanie. P

Agradezco a mis padres, por ser tan buenos, quererme tanto y estar siempre ahí para recordarme que no tiene nada de malo ser quien soy.

A mi hermano, por enseñarme a intentar las cosas a pesar del miedo.

A mi familia, por mostrarme su cariño y celebrar mis logros.

A mi psicóloga, por recordarme lo bella que es la vida y ayudarme a sanar cuando creía que no era posible

A amigos, por preocuparse por mí, mandarme a dormir temprano y darme ánimos cada vez que sentía que no podía más.

A los pacientes, por contarnos sus historias, exponer su lado más vulnerable y permitirnos exponer las dificultades que forman parte de una realidad que muchos ignoran.

Al Hospital Universitario de Caracas, por recibirnos en sus instalaciones, confiar en nuestro trabajo y ofrecernos toda la ayuda posible.

A la Universidad Central de Venezuela, por siempre hacerme sentir como en casa.

A mi tutor, por creer en nuestro trabajo, sufrir con nosotras, y recordarnos constantemente que éramos capaces de lograr todo lo que nos habíamos propuesto.

A mi compañera de tesis, por escucharme y abrazarme en los días difíciles, regalarme incontables momentos felices en los últimos cinco años y confiar en mí cuando decidimos hacer este trabajo. Gracias por ser la amiga y compañera ideal. No pude pedir a alguien mejor.

Atte: Nathaly G.

## Índice general

Introducción al problema.....	10
Un paso previo al reportaje: metodología.....	27
El miedo a ser visto.....	34
I La ansiedad social como temor constante.....	35
De lo natural a lo patológico.....	36
El TAS, un trastorno común.....	38
La niñez y el TAS.....	40
II ¿Cómo identificar la ansiedad social?.....	45
Anticipación negativa.....	49
Nuevas relaciones sociales con dificultad.....	53
Causas individuales de la ansiedad social.....	56
Una vivencia traumática como origen del trastorno.....	59
Círculos íntimos: cuna del TAS.....	61
III Un contexto propicio para la ansiedad social.....	68
Políticas públicas entorno a la salud mental.....	72
El estigma social: la otra cara de la moneda.....	76
IV Consecuencias del trastorno.....	79
Huyendo del malestar.....	79
La ansiedad social y sus limitaciones.....	83
Cronificación de la ansiedad y su relación con otros trastornos.....	85
Consecuencias sociales en Venezuela y el mundo.....	87
Necesidad de reconocer el trastorno.....	89
V Cómo superar la ansiedad social.....	91
Estrategias de afrontamiento.....	91

Importancia de promover la salud mental.....	94
Conclusiones.....	96
Referencias.....	98
Fuentes consultadas.....	115
Anexos.....	119

## Introducción al problema

Según el informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2004 denominado *Invertir en salud mental*, a lo largo de la historia los trastornos mentales no han recibido el mismo tipo de atención que otras enfermedades graves que afligen a los seres humanos y es por ello que existe mucha desinformación con respecto a este tema en términos generales. Esta situación sigue afectando gravemente a miles de personas en el mundo, pues en las sociedades actuales son pocos los que cuentan con los conocimientos necesarios para reconocer los síntomas que caracterizan a cada trastorno mental y cómo deben ser tratados. Debido a ello, muchos de los individuos que padecen esta clase de enfermedades no reciben la ayuda que requieren para combatirlos adecuadamente.

Así lo demuestran los estudios publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2018, cuyos resultados arrojaron que en “los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento” (párr. 22). Aunque la diferencia es notoria, la cifra también es alta en los países de ingresos elevados, pues va desde un 35% hasta un 50%.

Con el paso de los años las sociedades han cambiado y la cantidad de personas que sufren de trastornos mentales se ha multiplicado alrededor del mundo. En una entrevista publicada en el periódico español *Las Provincias* en el 2018, el psiquiatra Augusto Zafra aseguró que la ansiedad es uno de los trastornos más comunes actualmente y resaltó que año tras año el número de casos aumenta, al igual que su incidencia y prevalencia entre las poblaciones.

Cuando en el individuo se presenta de forma irracional un sentimiento de angustia o temor, “ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada” (Sistema de Salud, 2010, p. 2), se puede decir que estamos frente un caso de ansiedad patológica.

Según un estudio internacional de la OMS realizado por Jordi Alonso, director del Programa de Epidemiología y Salud Pública del Instituto Hospital del Mar de

Investigaciones Médicas (IMIM), se determinó que para el 2017 el 10% de la población mundial sufrió de algún tipo de ansiedad.

Sin embargo, cabe destacar que existen diversos trastornos mentales asociados a la ansiedad. Entre ellos se encuentra uno en particular que puede afectar por completo el desarrollo social del individuo. Estamos hablando de la ansiedad o fobia social, caracterizada por el miedo a los demás.

En la antigua Grecia ya se empezaban a esbozar las calificaciones de timidez, pena o vergüenza para aquellas personas a las que se les dificultaba tener un desarrollo social amplio que incluyera la adaptación a entornos nuevos, interacción y comunicación con otras personas. En relación con esto, el autor Robert Burton en su obra *La anatomía de la melancolía* de 1621 hace referencia a la descripción de un paciente atendido por Hipócrates, médico de la época.

Es más que una timidez, suspicacia o temerosidad. No se atreve a estar con otras personas por el miedo a que va a vocalizar mal o excederse en sus gestos mientras habla, y teme que va a ser deshonrado ante los demás. Piensa que cada persona le observa (Burton, como se citó en Piqueras, 2005, p. 17).

Sin embargo, no fue sino hasta el siglo XVII cuando los psicólogos y psiquiatras europeos se ocuparon de estudiar los trastornos que tenían que ver con el ámbito social. En función de ello, en 1807 los especialistas N. Pitres y E. Regis crearon el término ereutofobia para aproximarse por primera vez a lo que siente un individuo con angustia social. Hoy en día, esta palabra hace referencia al “sonrojo severo desencadenado por un estímulo social o emocional, debido a una actividad anómala del sistema nervioso simpático. Es uno de los síntomas cardinales de la fobia social; sin embargo, en ocasiones, el propio rubor desencadena la fobia” (García y Reyes, 2013, párr. 1).

Un siglo más tarde, en 1903 el psicólogo y neurólogo francés Pierre Janet, en su libro *Les obsessions et la psychasténie* (Obsesiones y psicastenia), hizo una mención especial a los trastornos fóbicos, dando lugar a lo que denominó como fobia de situaciones sociales. “Todas estas fobias son determinadas por la percepción de una situación social y por los sentimientos originados en dicha situación” (Janet, P. como se citó en Ojeda, 2003,

párr. 14). En este caso la incomodidad en el sujeto se originaba al encontrarse en presencia de otras personas y tener que actuar de forma pública.

Durante esa época el médico francés Paul Hartenberg en su libro *Les Timides et la timidité* (Los tímidos y la timidez), publicado en 1910, describió la ansiedad social como un problema de timidez que afectaba a los hombres de su época. Casi tres décadas más tarde, específicamente en 1938, el tema fue retomado por el psiquiatra austriaco, Paul Schilder, quien utilizó el término neurosis social para describir a quienes se les dificultaba entrar en contacto con otros.

Quando el cuadro clínico de una neurosis está dominado por el sufrimiento en los contactos sociales. Los pacientes de este tipo pueden ser comparativamente felices cuando están solos o con sus familias. Se sienten gravemente incapacitados cuando conocen a otras personas (Schilder, 1938, párr. 1).

En la década de los sesenta surgió la primera diferenciación de la fobia social en relación con el resto de los trastornos psicológicos, pues es tomada en cuenta como un padecimiento individual. Esta distinción fue llevada a cabo por el psiquiatra Isaac Marks y Gelder en su artículo publicado en 1966 *Different ages of onset in varieties of phobia* (Diferentes edades de aparición en las variedades de fobia), el cual se basaba en un estudio en el que fueron evaluados 39 pacientes adultos con fobias. A partir de allí se estableció la existencia de cuatro tipos de fobias: a animales e insectos, quedar atrapado en lugares de los que no se puede huir fácilmente o recibir ayuda, situaciones específicas y situaciones sociales. Esta última hacía referencia a los sujetos que sentían temor a comer, beber o hablar frente a otras personas.

Todos estos estudios previos sirvieron de soporte para que a finales del siglo XX la fobia social fuera reconocida oficialmente como un trastorno mental, ya que en 1980 se incluyó en el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM-III), documento elaborado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA). En él se presenta esta ansiedad como “el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas” (DSM-IV, 1994, p. 421).

Posteriormente, este diagnóstico fue reafirmado por la OMS en la décima versión de la *Clasificación de trastornos mentales y de comportamiento* (CIE-10) publicado en 1992. Allí se define la fobia social como el temor a ser juzgado por otras personas, aunque se trate de grupos pequeños. Hecho que conduce al sujeto a evitar ciertas situaciones sociales.

Cabe destacar que el concepto de trastorno está relacionado a un problema que no posee una causa definida médicamente, pero cuyo padecimiento origina una desviación psicológica notoria, es decir, una anormalidad que afecta el bienestar del individuo.

Así lo afirmó en el 2007 el psiquiatra Luis Caballero en su artículo *Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales*, quien a su vez explica que la palabra “trastorno” es mucho más amplia que el término “enfermedad” y se usa cuando existe “una alteración genérica de la salud, sea o no consecuencia directa de una causa orgánica” (p. 1).

Una vez que la fobia social empezó a ser considerada seriamente por estas grandes organizaciones e instituciones del área de la salud, las investigaciones con respecto al trastorno se multiplicaron e hicieron más enriquecedoras. Entre ellas destaca el artículo *Social Phobia* (Fobia Social) publicado en 1987 por el psiquiatra estadounidense Michael Liebowitz, fundador de la Clínica de trastornos de ansiedad, en el cual presenta esta fobia como el trastorno más desatendido de la época.

Dicho autor también hizo referencia a la diferenciación entre la ansiedad social específica, que produce temores en situaciones particulares, como comer e incluso escribir en público, y la ansiedad social generalizada, que indica que el sujeto le teme a la mayoría de los escenarios sociales en los que puede ser ridiculizado, como una simple conversación o cita.

Posteriormente, esta distinción de ansiedad social específica y generalizada fue incluida en la revisión de la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM-III-R) de 1987.

Para 1994 la ansiedad social ya era una de las variables de mayor interés para los investigadores de la salud mental. Es por ello que fue tomada en cuenta por el psiquiatra R. Kessler, quien la estudió a través de *The National Comorbidity Survey of the United States* (Encuesta Nacional de Comorbilidad de Estados Unidos), con el fin de determinar su incidencia en Norteamérica.

Desde la ya clásica Encuesta Nacional Norteamericana *National Comorbidity Survey* se sabe que la fobia social afecta al menos el 13.3% de la población general, representando el tercer trastorno psiquiátrico de mayor frecuencia, tan sólo después de la depresión mayor y el alcoholismo (Kessler, como se citó en Robles e.t al, 2008, p. 55).

Algunos años más tardes, (1999) en su investigación *Social Phobia in the general population, prevalence and sociodemographic* (Fobia social en la población general, prevalencia y socio-demografía) el psicólogo T. Furmark determinó junto a otros especialistas que la fobia social en Europa tenía una prevalencia de 15,6% a 7,3%.

Los resultados arrojados por ambos estudios fueron sumamente reveladores, dado que califican a la ansiedad social como uno de los trastornos mentales más comunes que padecen los seres humanos, cuyos síntomas empiezan a aparecer durante la adolescencia (aproximadamente entre los 12 y 15 años), aunque se hacen más evidentes a principio de la vida adulta.

Durante este período de vida, la ansiedad social es capaz de limitar el desarrollo del individuo, puesto que lo afecta de forma cognitiva generándole un temor desmedido ante situaciones comunes en las que tiene que interactuar con otras personas. En el 2005, a través de su trabajo de investigación *Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes*, a psicóloga Ihab Zubeidat señaló que las personas que padecen de este trastorno suelen experimentar diferentes síntomas fisiológicos, los cuales son capaces de paralizarlas cuando se enfrentan a una situación que las incomoda. A esto se le suma el desarrollo de la baja estima sobre sí mismas.

Los individuos con ansiedad social experimentan un temor exagerado ante las situaciones sociales por el hecho de estar sometidos a la evaluación de los demás,

lo que les hace sentirse humillados o avergonzados por los demás. Se caracterizan por ser excesivamente conscientes de sí mismos, autocríticos, manifestando frecuentemente determinados síntomas, tales como las palpitaciones, sudor, rubor, temblor. (...) El temor va desde una situación específica y concreta (por ejemplo, actuar en un escenario) hasta cualquier contacto interpersonal. Además, estos pacientes suelen mostrar baja autoestima y, realmente, son conscientes de la irracionalidad de los miedos exagerados que suelen experimentar (Zubeidat, 2005, p. 10).

Dicha irracionalidad se hace evidente para el ansioso social en la medida en la que éste entiende que la mayoría de los escenarios que le generan temor suelen estar relacionados con tareas que resultan comunes e inofensivas para las demás personas, puesto que son consideradas como situaciones naturales que facilitan el proceso de adaptación e interacción que establece el individuo dentro de la sociedad.

En referencia a esto, el psicólogo José Fernández en su estudio *Fobia social: del psicoanálisis a la psiquiatría* (2006) recalcó que el temor del ansioso social no se debe a la situación en sí misma, sino a la posibilidad de ser observado y evaluado mientras realiza acciones como hablar, comer, comprar algún artículo en una tienda, usar baños públicos o incluso escribir. “Esto es auténticamente una fobia social porque las personas no tienen dificultades para comer, escribir u orinar en privado. Sólo se deteriora su comportamiento cuando los demás están mirándolos” (p. 6).

Este miedo desproporcionado a actuar al ser observado es un problema que termina afectando el comportamiento del individuo que sufre de ansiedad social, quien puede decidir entre confrontar las situaciones sociales que le incomodan mientras experimenta un profundo malestar o, en los casos más intensos, evitarlas.

Partiendo de este punto, el psicólogo Arturo Bados en su trabajo de investigación *Fobia Social*, publicado en 2009, hizo la distinción entre ansiedad y fobia, destacando el último término como un trastorno crónico que puede interferir significativamente en la calidad de vida del individuo.

Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o se soportan con una ansiedad o malestar intensos. La fobia interfiere marcadamente en la vida

de la persona o produce un malestar químicamente significativo. Si no fuera así, solo podríamos hablar de ansiedad social. (Bados, 2009, p. 2).

De hecho, cuando la fobia social se vuelve extrema la persona que la padece puede llegar a adoptar una conducta de total aislamiento, lo cual disminuye su posibilidad de desarrollar relaciones interpersonales afectivas y de sentirse cómodo e integrado en los contextos sociales donde debería desenvolverse cotidianamente. Por ejemplo, en el trabajo y el ámbito académicos.

Esta afirmación fue respaldada por la Asociación Española de Ayuda Mútua contra la Fobia Social y los Trastornos de Ansiedad (AMTAES) en una declaración dada a la agencia de noticia EFE: Salud en el 2016:

El grado de inhibición ante estas actividades sociales es lo que determina la intensidad de la fobia social, que en los casos más graves deriva en completo aislamiento del entorno y casi la imposibilidad de salir de casa (fobia social extrema), así como síntomas asociados tales como la depresión (párr. 8).

En definitiva, la ansiedad social se podría definir como un trastorno psicológico que se caracteriza por la existencia de un miedo excesivo y persistente generado por una o más situaciones sociales en las que la persona puede ser observada y juzgada por otros. El individuo teme hacer el ridículo en estas circunstancias y que resulten humillantes, es por ello que las evita, se aísla o las enfrenta mientras lidian con un intenso malestar. Quien sufre de ansiedad social padece de síntomas fisiológicos difíciles de controlar como respuesta a la incomodidad que le genera interactuar con otros. Adicionalmente, estas personas suelen ser muy autocríticos, puesto que ninguna de sus actuaciones en público los satisface; desarrollan problemas de autoestima por la imagen que crean de sí mismos; y son conscientes de la irracionalidad del temor que les produce ciertas circunstancias.

Actualmente no hay causas específicas y comprobadas para determinar la aparición de este problema de salud mental, sin embargo, a lo largo de los años han surgido muchas investigaciones psicológicas que han dado como resultado posibles modelos explicativos.

Uno de los primeros es el modelo del condicionamiento clásico, en la cual el trastorno se asocia a la vivencia de un hecho traumático o situación social vergonzosa que

desencadena los posteriores síntomas de ansiedad. Sus principales exponentes fueron Ost y Hugdahlen (1981), quienes arrojaron a través del estudio *Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients* (Adquisición de fobias y patrones de respuesta de ansiedad en pacientes clínicos) que “el 58% de una muestra de 34 sujetos con Fobia Social FS recordaban experiencias estresantes asociadas al origen de este trastorno” (Ost y Hugdahl, como se citó en Pisquera, 2005, p. 101).

Sin embargo, las investigaciones posteriores empezaron a evaluar a la fobia social como un trastorno más complejo que no se derivaba simplemente por la vivencia de un hecho social traumático o embarazoso, sino que también estaba relacionado con variantes psicológicas y biológicas propias del sujeto que la padece.

Por ejemplo, Hofmann, Ehlers y Roth (1995) en su libro *Conditioning therapy: a model for the etiology of public speaking anxiety* (Teoría del condicionamiento: un modelo para la etimología de la ansiedad para hablar en público) realizaron un estudio con una muestra de 30 personas que sufrían de miedo al hablar en público y cumplían con los criterios expuestos en el DSM-III para padecer de fobia social. No obstante, el 89% de ellos indicaron que su trastorno no tenía nada que ver con experiencias del pasado.

Por ello, las siguientes teorías que intentaron explicar el origen de este trastorno estuvieron asociadas a los modelos cognitivos que vienen de la mano con los procesos mentales del individuo. Formas de percibir, recordar y analizar las situaciones. En el caso particular de este trastorno se destaca la influencia de las creencias irracionales y distorsiones interpretativas que hacen sentir juzgado al sujeto luego de haber realizado alguna acción de forma pública.

Uno de los modelos más determinantes fue el de sesgos cognitivos que surgió a finales de la década de los noventa. Entre sus principales exponentes se encuentran los psicólogos Rapee y Lim (1992), quienes a través de su artículo *Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobia* (Discrepancia entre las calificaciones de observadores y auto-observadores del desempeño de fóbicos sociales) descubrieron que “los sujetos con FS evaluaban correctamente la conducta de los demás,

mientras que lo hacían negativamente al evaluar la suya” (como citó Piqueras, 2005, p. 114).

Luego surgió el modelo de auto-focalización elaborado por Clark y Wells en 1995 y expuesto en el artículo *A cognitive model of phobia social* (Un modelo cognitivo de fobia social), donde se explicó que el origen de la fobia social venía de un procesamiento distorsionado y “auto-focalizado del sujeto como objeto social”. Es decir, en medio de una situación incómoda el individuo ansioso se percibe a sí mismo como el centro de atención, lo cual aumenta su temor a hacer el ridículo.

Al sentir que todas las personas están observándolo, los sesgos cognitivos del fóbico social se activan automáticamente y hacen una interpretación negativa del escenario en el que se encuentra el sujeto. Partiendo de ello los autores hicieron referencia a tres tipos de distorsiones fundamentales. El primer tipo son las reglas rígidas que hacen que el sujeto se exija a sí mismo un comportamiento prácticamente perfecto ante los otros, de no cumplirlo registra la experiencia como un fracaso. El segundo tiene que ver con las predisposiciones y visualizaciones negativas antes de que ocurran las situaciones. Y el tercero tiene que ver con la percepción individual del sujeto.

Adicionalmente, según Clark y Wells, los fóbicos sociales realizan un procesamiento sesgado de la información en tres etapas: de forma anticipatoria, cuando se predisponen a que su comportamiento será juzgado por los demás; durante la situación, donde el sujeto asume una perspectiva de auto-observador elaborando una imagen negativa de sí mismo mientras hace la acción pública; y tras concluir la situación, etapa en donde el individuo tienden a pensar constantemente en el momento social que vivió y en su desenlace negativo, de acuerdo a su sesgo, esto le impide concentrarse en otras tareas y le genera más ansiedad.

Por último, está el paradigma más reciente, el cual fue planteado en el 2003 por los psicólogos José Olivares y Vicente Caballo en su artículo *A tentative proposal about the origin, development, and maintenance of social phobia* (Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social). En él se explicó que el surgimiento

de la ansiedad social como trastorno mental se da por la influencia de un contexto negativo en conjunto con variables particulares del individuo.

Entre los estímulos provenientes de los contextos sociales negativos se encuentra la existencia de antecedentes familiares relacionados con el trastorno, el déficit de habilidades sociales aprendidas a lo largo de su crecimiento o el uso de la crítica y vergüenza como método de control por parte de figuras representativas.

Posteriormente, Olivares y Caballo afirmaron que una vez que aparece, este trastorno se mantiene en el sujeto por la incertidumbre generada con respecto a su propia capacidad y la forma en la que lo juzgan los demás, duda que se alimenta a través de las distorsiones cognitivas, elemento central de la fobia social. Al final, el malestar generado por la ansiedad hace que el individuo asuma conductas evitativas que deterioran aún más sus habilidades sociales.

En este momento el círculo se ha cerrado. El proceso responsable del mantenimiento de la fobia social ha completado su ciclo y pasa a retroalimentarse a sí mismo, a consolidarse y generalizarse cada vez más. Cuantas más veces lo pase mal el sujeto, mayor consolidación; en cuantas más situaciones distintas se produzca, mayor generalización. Y cuanto más consolidado y generalizado esté el trastorno, más aislamiento y sufrimiento (Rodríguez y Caballo, como se citó en Safir, 2014, p. 25).

Un trastorno que, al ser capaz de generar desesperación y fomentar el aislamiento, también puede desencadenar otras enfermedades como la depresión o el abuso de sustancias alcohólicas o psicotrópicas. Lo más grave dentro de este panorama es que la mayoría de las personas que padecen de ansiedad social creen que sólo son víctimas de la timidez, por lo que no buscan ayuda o tardan años en entender que se enfrentan a un verdadero problema.

Hoy en día existen asociaciones mundiales encargadas de estudiar la ansiedad social y desarrollar estrategias y tratamientos que ayuden a los pacientes a superar el miedo que le producen distintas situaciones sociales. Entre éstas se encuentra el caso de The Social Anxiety Institute (Instituto de Ansiedad Social). Este instituto, fundado por el psicólogo

Thomas. A. Richards en 1994, se encarga actualmente de ofrecer orientación y tratar a personas que padecen de este trastorno alrededor del mundo.

Como lo indica su portal web, la institución que se encuentra ubicada en Phoenix, Estados Unidos, es el único centro de tratamiento en el mundo especializado en ayudar a pacientes que desean superar su ansiedad social. Para lograr esto, cuenta con programas que ofrecen terapia cognitivo-conductual individual y grupal tanto en la sede principal como a través de su portal web. Por medio de estos programas de asistencia psicológica en línea el instituto ha logrado tratar a personas de más de 35 países alrededor del mundo.

Dicho esto, es importante destacar que también se encuentra The Social Anxiety Association (Asociación de Ansiedad Social), una organización sin fines de lucro creada de igual manera por Thomas. A. Richards en 1997. Como lo indica su sitio web, esta asociación tiene como objetivo dar a conocer la ansiedad social y su tratamiento, así como fomentar la creación de grupos de apoyo para pacientes, servir de fuente de información y ofrecer reuniones dirigidas a aquellos interesados en el trastorno.

La fundación de esta asociación fue motivada principalmente por el hecho de que no hay organizaciones especializadas para cada trastorno mental. De hecho, antes de The Social Anxiety Association no existía ninguna otra asociación en el mundo centrada específicamente en ayudar a quienes padecen de ansiedad social.

Tomando en cuenta esto, es importante destacar nuevamente que muchos países en el mundo no cuentan con instituciones que se encarguen de brindar información y asistir a pacientes que padecen algún trastorno específico como la ansiedad social. Tal es el caso de Venezuela, que sólo cuenta con unos pocos institutos y organismos centrados en la salud mental en general.

Entre estas asociaciones se encuentra Psicólogos sin Fronteras Venezuela, una organización no gubernamental, independiente y sin fines de lucro que busca brindar asistencia psicosocial a personas afectadas por crisis y duelos. Ésta fue fundada en enero de 2010, cuenta con el apoyo gremial de la Federación de Psicólogos de Venezuela y forma

parte de la red de asociaciones de Psicólogos Sin Fronteras en el mundo, la cual explica en su sitio web que persigue los siguientes objetivos:

Aportar asistencia psicológica a personas que pertenecen a poblaciones o grupos marginados social, económica o culturalmente. Actuar con poblaciones afectadas por cataclismos, accidentes colectivos, situaciones beligerantes o sociales de significativa gravedad. Intervenir con grupos que requieran una actuación especializada en el ámbito de la psicología, sin ninguna discriminación por etnia, sexo, religión, filosofía o inclinación política (s.f, párr. 2).

Para lograr esto, las asociaciones de Psicólogos Sin Fronteras desarrollan proyectos que dan paso a campañas enfocadas en el bienestar social, programas de atención psicológica y ayuda humanitaria, la creación de cursos dirigidos a la población y los miembros de las asociaciones y el establecimiento de vínculos con otras organizaciones en el mundo que buscan mejorar la salud mental de las comunidades.

Otra organización que vale la pena mencionar en el ámbito nacional es el Colegio Venezolano de Neuropsicofarmacología (C.V.N), el cual se presenta en su sitio web como una asociación civil sin fines de lucro y de carácter científico fundada en 1996 y ubicada en la ciudad de Caracas, que tiene como objetivos principales fomentar la reunión periódica de sus miembros para analizar aspectos relacionados con la Neuropsicofarmacología, además de estimular la enseñanza, la investigación y la aplicación de la Neuropsicofarmacología en el campo clínico.

Para lograr todos estos objetivos, el C.V.N impulsa la realización de eventos como simposios, congresos, talleres, cursos y jornadas de actualización. Además, publica de manera digital la revista *Neuropsicofarmacología*, creada en 1999 como órgano divulgativo de la asociación.

En el apartado del sitio web sobre la historia del C.V.N, el doctor Antonio Pacheco (s.f), miembro fundador y ex-presidente de la asociación, señala que en el 2013 se creó el Fondo para la Promoción y Desarrollo del Colegio Venezolano de Neuropsicofarmacología

con el propósito de promover la investigación y divulgación de los temas fundamentales para el desarrollo de este campo.

A pesar de ello, en la actualidad este especialista confirmó que las investigaciones sobre la realidad venezolana en las áreas de psiquiatría, psicología y farmacología son muy escasas, y que una de las razones fundamentales para ello es la falta de información oficial que revele el estado actual de la salud mental en el país.

No obstante, los análisis internacionales han demostrado que en Latinoamérica, al igual que en otras partes del mundo, existe una alta presencia de desórdenes de ansiedad en las distintas poblaciones. Según los datos arrojados en el 2005 por la OMS, los países de la región cuya población sufrían mayor cantidad de trastornos de ansiedad severos eran Brasil con un 9,3%; Paraguay con un 7,6%; Chile con un 6,5%; Uruguay con un 6,4%; Argentina con un 6,3%; Cuba con un 6,1% y Colombia con un 5,8%. En el caso de Venezuela la cifra presentada era de 4,2%, una de las más bajas.

Sin embargo, para el 2018 la Federación de Psicólogos de Venezuela y Psicólogos sin Fronteras Venezuela advirtieron que a través de sus servicios de atención telefónica han registrado una alta recurrencia de pacientes que llaman porque están padeciendo trastornos de depresión y ansiedad.

Pero también existe un conjunto de personas que no se atreven a contactar a especialistas por vergüenza o porque consideran que el gran temor que sienten al relacionarse con otros no es un problema que debe ser tratado, aunque este miedo sea capaz de generar taquicardia, náuseas, diarrea, tartamudez y hasta problemas de respiración que provocan ataques de pánico y desmayos.

Sin saberlo, muchas personas se pueden estar enfrentando al trastorno de la ansiedad social y sus consecuencias, y las posibilidades de descubrirlo se reducen en países como Venezuela, donde no se desarrollan investigaciones que generen cifras oficiales ni se preparan campañas para mantener informada a la población sobre cómo reconocer los diferentes trastornos mentales y qué hacer para enfrentarlos. De hecho, el Ministerio del Poder Popular para la Salud no publica informes sobre el estado de la salud mental en el

país desde el 2008, fecha en la que se demostró que el 0,77% de la población sufría de alguna condición psicológica.

Pese a ello, la importancia de realizar un estudio sobre la ansiedad social específicamente recae en el hecho de que, si no es tratada a tiempo, puede llegar a impedir el adecuado desarrollo del paciente en los distintos entornos donde participa. Así como también el establecimiento de relaciones eficaces, estables y afectivas con otros, sobre todo durante la adolescencia y la primera etapa de la vida adulta. Convirtiéndose de este modo en un trastorno silente, capaz de dificultar el desarrollo de una sociedad sana.

Es por eso que actualmente es necesario promover e impulsar la realización y divulgación de investigaciones, estudios y materiales informativos que den a conocer a este trastorno en Venezuela, ya que, como otras enfermedades y afecciones, pueden estar afectando la calidad de vida de un grupo significativo de individuos a nivel nacional e internacional.

Una manera de alcanzar esta meta es a través del periodismo médico, ya que este se nutre del trabajo de periodistas que se especializan en distintos temas relacionados con el área de la salud. Lo que hace ideal a estos expertos de la comunicación es precisamente que, como lo indican Blanco y Paniagua (2007), aparte de cumplir con su función informativa, desempeñan un rol pedagógico y didáctico que “contribuye a la formación de la sociedad en temas como la prevención y tratamiento de enfermedades así como sobre la conservación de la salud” (p. 8). Eso hace que la compleja información manejada y generada por los profesionales en el área de medicina esté al alcance de la comunidad para su comprensión y aplicación.

Por su parte, cuando se hace referencia a la difusión de información sobre el trastorno de ansiedad social: sus características, causas, consecuencias y tratamientos, el género periodístico ideal para cumplir con este trabajo es el reportaje, pues es el más completo a la hora de investigar la realidad social, ya que agrupa los elementos más importantes de la noticia, la crónica y la entrevista (Del Río, 1994).

Siguiendo esta misma línea, Diana Cazaux (2010) define al reportaje como un género que persigue el objetivo de “ampliar, completar, complementar y profundizar en la

noticia; para explicar un problema, plantear y argumentar una tesis o narrar un suceso” (p. 363). Según la autora el reportaje cumple la función de profundizar periodísticamente, es decir, presenta los hechos noticiosos lo más completos posibles, sobre todo en el caso del reportaje interpretativo.

Este tipo de reportaje, que encuentra naturalmente su apoyo en la interpretación, permite poner los hechos en contexto y descubrir su significado al analizar los sucesos previos y las circunstancias que rodean a lo acontecido. “El reportaje profundiza en las causas de los hechos, explica los pormenores, analiza los caracteres, reproduce ambientes, sin distorsionar la información; ésta se presenta en forma amena, atractiva, de manera que capte la atención del público” (Cazaux, 2010, p. 363).

Justamente es esto lo que un tema tan poco tratado como la ansiedad social necesita para darse a conocer: un texto periodístico que interprete el fenómeno desde todos los ángulos sin dejar por fuera las circunstancias en las que se produce y los efectos que tiene en la sociedad.

Como lo señala Earle Herrera (1991), es fundamental tener presente que este tipo de reportaje debe contar con un encabezado, en el que se plantea la tesis que ha surgido en la mente del periodista como producto de su investigación previa; el cuerpo o desarrollo, en el que se va a demostrar dicha tesis, presentando el problema en su contexto junto con sus causas y consecuencias; y finalmente las conclusiones de la investigación.

Sobre este punto, Herrera agrega lo siguiente:

Aquí no se trata de que describa y narre solamente, sino de que plantee la esencia, causas y perspectivas del problema. Si se hace un planteamiento, lógicamente hay que demostrarlo y desarrollarlo en el cuerpo del trabajo, puesto que no se trata de esbozar juicios apriorísticos. Finalmente ha de llegar a algo, deducir, sacar conclusiones de su investigación (p. 52)

Así pues, la elaboración de un reportaje interpretativo resulta ideal para difundir información pertinente sobre la ansiedad social como un trastorno silente que, a pesar de ser difícil de identificar en la cotidianidad, compromete la calidad de vida de buena parte de la población venezolana.

Esta premisa será comprobada a partir de testimonios, datos de expertos y resultados arrojados por la investigación documental, instrumentos que en conjunto nos permitirán cumplir con el objetivo general de: analizar los elementos que influyen en el conocimiento, desarrollo y tratamiento del trastorno de ansiedad social en la ciudad de Caracas durante febrero de 2019, en función de las características de interacción y adaptación que presentan los pacientes, con el fin de elaborar un reportaje interpretativo que permita informar y dar a conocer estrategias de afrontamiento.

Partiendo de ello se establecieron los siguientes objetivos específicos como guía para completar la investigación y elaboración de producto periodístico:

- Identificar las características del trastorno de ansiedad social basado en el juicio de expertos en el tema.
- Indagar en las fuentes oficiales y alternativas datos estadísticos que permitan visualizar el comportamiento de la ansiedad social en Venezuela.
- Categorizar los elementos de interacción, comunicación y adaptación con base en los testimonios de los pacientes que presentan ansiedad social en Caracas.
- Elaborar un reportaje interpretativo constituido por testimonios de pacientes con ansiedad social, juicios de expertos y datos estadísticos que permitan informar y ofrecer estrategias de afrontamiento.

Cabe destacar que la sensibilización por este tema surgió luego de tener la oportunidad de asistir a varios centros de servicios de salud mental, en donde se pudo apreciar de cerca la ayuda que los profesionales son capaces de brindarles a las personas que padecen de problemas psicológicos para contribuir con la mejora de su calidad de vida y su correcta adaptación al contexto social en el que se desenvuelven. No obstante, a pesar del gran impacto que puede tener para los miembros de la sociedad asistir a este tipo de servicio, las cifras y los datos arrojados actualmente por las organizaciones especializadas en el tema aún exponen que el cuidado de la salud mental sigue sin ser una prioridad dentro de muchas comunidades alrededor del mundo.

Es por ello que decidimos emprender una búsqueda de fuentes para la elaboración de este proyecto, además de que notamos que el tema puede ser tratado con profundidad desde la arista periodística y que son muy pocos los trabajos de investigación realizados en el país que se enfocan específicamente en este trastorno con el fin de explicarle a la población en qué consiste.

Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado, este trabajo cobra un carácter innovador, tanto para la Escuela de Comunicación Social de la Universidad Central de Venezuela como para el país en general, dado que, con la elaboración de un reportaje interpretativo, se busca dar a conocer lo que significa padecer del trastorno de ansiedad social.

Finalmente, el resultado de este trabajo periodístico pretende ser un aporte valioso para generar mayor interés por la búsqueda de métodos que ayuden a las personas a superar el trastorno, mientras que promueven el crecimiento de una sociedad sana y compenetrada.

## Un paso previo al reportaje: metodología

Este trabajo de grado estuvo orientado a la elaboración de un reportaje interpretativo que nos permitió abordar la ansiedad social como un trastorno silente en Venezuela, a través de los testimonios de varios pacientes, cuyas experiencias fueron contrastadas con la información emitida por fuentes oficiales y fuentes expertas. Todo esto con el fin de comprender y analizar de manera profunda el tema tratado, ajustándolo a la realidad del país.

Para ello fue necesario optar por un enfoque de investigación mixta que comprendió información de origen cualitativo, la cual busca “captar la realidad social ‘a través de los ojos’ de la gente que está siendo estudiada, es decir, a partir de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto” (Bonilla & Rodríguez, 1997, p. 85). Y se complementó con datos cuantitativos “basados en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 474).

Este enfoque se correspondió con los objetivos del trabajo que buscaba dar un abordaje completo del trastorno de ansiedad social y su incidencia en Venezuela; al mismo tiempo que se interpretaba y transmitía lo que siente el paciente que lo padece. Con la investigación mixta se procedió a estudiar los datos obtenidos sobre una realidad social específica para luego presentar el análisis general de la problemática, buscando mejorar la comprensión que el autor y los lectores tenían sobre esta situación.

Por su parte, la profundidad investigativa con la que se abordó el problema fue proyectiva, definida por Córdoba y Monsalve (s.f) en su informe *Tipos de investigación* como aquella que “consiste en la elaboración de una propuesta o de un modelo, para solucionar problemas o necesidades de tipo práctico, ya sea de un grupo social, institución, una área en particular del conocimiento, partiendo de un diagnóstico preciso de las necesidades del momento, los procesos explicativos o generadores involucrados y las tendencias futuras” (párr. 22).

En nuestro caso el producto o propuesta presentada fue un reportaje interpretativo, en donde se reflejó la indagación, descripción y explicación del trastorno a través la experiencia de los afectados por la ansiedad social en conjunto con la información brindada por los especialistas y las fuentes oficiales. Todo ello con el objetivo de combatir el problema de desinformación que hay en el país con respecto a esta condición y la salud mental en general.

Cabe destacar que interpretar desde la arista periodística es un término definido por Abraham Santibáñez en su texto *Periodismo Interpretativo, los secretos de la fórmula Time* (1974):

Consiste en buscar el sentido a los hechos noticiosos que llegan en forma aislada. Situarlos en un contexto, darles un sentido y entregárselo al lector no especializado. Por exigencia profesional, esta interpretación debe tratar de prescindir de opiniones personales, debe basarse en hechos concretos y en opiniones responsables que sean pertinentes (p. 24).

Basándose en ello, se consideró necesario e importante interpretar periodísticamente la ansiedad social y darla a conocer en la sociedad venezolana a partir de una terminología sencilla, pues se trata de una enfermedad sobre la que se maneja poca información en el país, lo que representa un grave problema, ya que si este trastorno no es tratado adecuadamente, puede evolucionar y llevar al individuo al aislamiento o a padecer de depresión severa.

Para la realización de este reportaje interpretativo se siguió la estructuración planteada por el profesor Luter de Columbia, quien afirma que “un artículo de este estilo tiene cabeza, desarrollo y final” (como se cita en Santibáñez, 1974, p. 71), y parte de una tesis o planteamiento, el cual debe ser definido una vez que el periodista se haya enfrentado a la realidad a través del reporte y la investigación profunda.

Este primer planteamiento, que resumió la interpretación de los datos recabados a través del contacto directo con pacientes que padecen de ansiedad social marcó el hilo narrativo que se desarrolló en el cuerpo y el desenlace del producto final.

Tal como indica Santibáñez, las ideas resumidas en el inicio nos darán la pauta lógica para su posterior desarrollo, mientras que la acumulación de elementos obtenidos será distribuida en una secuencia lógica que reforzará la argumentación inicial.

Asimismo, al tratarse de un reportaje interpretativo que se construyó a partir de los testimonios de distintos sujetos, el diseño de esta investigación resultó ser emergente, puesto que “se efectúa la codificación abierta y de ésta emergen las categorías (también por comparación constante), que se conectan entre sí para producir teoría (...). La teoría proviene de los datos en sí” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 474). En nuestro caso, de los discursos obtenidos por los pacientes surgieron nuevas categorías que al ser conectadas nos permitieron definir la ansiedad social en Venezuela.

De esta manera, el tipo de investigación fue de campo, pues los datos fueron tomados en su ámbito natural de ocurrencia, lo que ameritó la visita de los investigadores a diferentes consultorios privados y hospitales públicos que ofrecen consultas psiquiátricas y psicológicas en Caracas. Para Hernández, Fernández y Baptista (2014) la visita al campo es el ingreso al ambiente para obtener el punto de vista interno de los participantes y reconstruir los hechos de una forma más fidedigna posible.

Descripciones de lo que estamos viendo, escuchando, olfateando y palpando del contexto y de los casos o participantes observados. Regularmente van ordenadas de manera cronológica. Nos permitirán contar con una narración de los hechos ocurridos (qué, quién, cómo, cuándo y dónde) (p. 371).

Adicionalmente, como fue necesario un acercamiento íntimo a la vida de los pacientes que padecen el trastorno, se optó por fuentes vivas que fuesen accesible definidas como aquellas “que se determinan por consideraciones prácticas en función de las posibilidades o recursos que dispongan los investigadores” (Arias, Villasís y Miranda, 2016, p. 204).

Partiendo de ello, los testimonios a los que se recurrieron para describir el trastorno provinieron de participantes voluntarios. Es decir, aquellos que aceptaron colaborar con la investigación. “En ciencias sociales y médicas son frecuentes las muestras de voluntarios

(...), los individuos que voluntariamente acceden a participar en un estudio que profundiza en las experiencias de cierta terapia” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 386).

También denominado participantes por conveniencia, pues “permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniencia, accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (Otzen y Manterola, 2017, p. 230). En este caso los pacientes entrevistados fueron:

<b>Pacientes</b>	<b>Caracterización</b>
Dayana Quiaro	21 años. Estudiante universitaria.
Mabel Escobar	33 años. Ilustradora, graduada en idiomas modernos y estudiante universitaria.
Estefany Pérez	23 años. Diseñadora y estudiante universitaria.
Arantxa López	23 años. Redactora y estudiante universitaria.
Z.A	56 años. Ex gerente del Banco de Venezuela.

De igual forma, se acudió a expertos en el tema de la ansiedad social para obtener datos precisos que complementarían la experiencia de los pacientes e hicieran más integral la descripción del trastorno en Venezuela.

Por su parte, entre los instrumentos y técnicas que se utilizaron para recopilar los datos se encontraron como herramientas principales la revisión documental y la entrevista periodística, utilizadas tanto en los expertos como en los pacientes que formaron parte del estudio.

Específicamente la entrevista periodística es definida por Olga Dragnic (2001) de la siguiente manera:

Se refiere a un género informativo, en el que está presente el diálogo explícito o implícito con la fuente, como técnica redaccional más importante. Los datos

obtenidos a través del método “entrevista” pueden ser utilizados en cualquier género periodístico. (p. 93).

En el caso de los pacientes se le aplicó la entrevista periodística de perfil, definida por el Gabriel Bauducco (2004) en su libro *Secreto de la entrevista*, como aquel modelo que busca profundizar en la vida privada del sujeto entrevistado. “Lo ideal es generar un clima de intimidad y, mediante él, mostrar al personaje” (p. 17), y para llegar a ese clima era necesario ahondar en las vivencias del individuo a través de una conversación flexible y fluida que le permitiera sentirse en confianza.

Por su parte, cuando las entrevistas estaban dirigidas a los expertos, el objetivo era conseguir información y opiniones calificadas sobre el tema que sirvieran para el contraste y la verificación de los datos recolectados, permitiendo completar el análisis que se realizaba con respecto a la ansiedad social. Se estaría hablando entonces del modelo de entrevista informativa “que se hace generalmente sobre temas específicos con el fin de obtener material extenso sobre determinado asunto” (Bauducco, 2004, p. 13).

Ambos modelos de entrevista fueron elaborados con el formato de semi-estructuradas, en donde se preparó un guión que garantizará profundizar en todas las dimensiones de la variable a abordar, pero al mismo tiempo se usaron preguntas abiertas que no siguieran una secuencia rígida, sino que se adaptarán a los matices de la respuesta del entrevistado. “Su ventaja es la facilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos” (Bravo, L.; García, T.; Martínez, M. & Valera, M., 2013, párr. 23).

Además, ese carácter semi-estructurado brinda la oportunidad de ahondar en otras aristas y elementos que pueden ir surgiendo a lo largo de la conversación. Específicamente, en este trabajo esta técnica sirvió de apoyo para contar cada una de las historias de forma fidedigna, reflejando las situaciones de los pacientes.

Finalmente, todos los datos obtenidos mediante las entrevistas y la investigación documental fueron procesados a través de la técnica del análisis del contenido, que nos permitió comprender la complejidad del fenómeno estudiado y determinar las categorías que definen el trastorno de ansiedad social.

Esta técnica es detallada por Klaus Krippendorff como aquella “destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a un contexto” (como se cita en Porta, L. & Silvia, M., s.f, p. 8). Es decir, partiendo de las categorías o temas que emergen del análisis se crean teorías basadas en los datos.

Cabe destacar que para efectos de la ductibilidad de este trabajo de grado se realizó un cuadro de categorización básico (anexo 3) que permitió resaltar las dimensiones más importantes de la investigación, seleccionadas a partir del principio de saturación de datos.

Una vez que los datos fueron categorizados, se procedió a la planificación del reportaje de acuerdo a la metodología implementada en el Departamento de Periodismo de la Escuela de Comunicación Social de la Universidad Central de Venezuela. Para ello se usó como recurso el árbol del problema (ver anexo 1), definido por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2017) como “una técnica que se emplea para identificar una situación negativa o problema central, el cual se intenta solucionar analizando relaciones de tipo causa-efecto” (párr. 1).

Este instrumento fue complementado con la estructura de presente-pasado- futuro (ver anexo 2) propuesta por Ulibarri (1994), la cual nos permitió abordar la posible incidencia del trastorno de ansiedad social en Venezuela desde todas sus dimensiones, partiendo del análisis de sus antecedentes a nivel mundial, los hechos ocurridos en la actualidad que se relacionan con el problema y las futuras proyecciones.

Cuando se completó la organización del contenido se definió que la estructura para la presentación del reportaje sería a través de bloques temáticos. Técnica que según Llombart (2011) consiste en “reconocer los principales componentes, agrupar en bloques los elementos que más se relacionan entre sí y presentarlos de acuerdo a un orden lógico mediante las transiciones” (p. 168).

De estos bloques se crearon capítulos, subdivididos en intertítulos, que se redactaron de acuerdo a una secuencia lógica la cual inicia con la descripción del trastorno, causas que impulsan su surgimiento; consecuencias individuales y sociales; y culmina con las estrategias o tratamientos a los que puede acudir el individuo para afrontarlo. Esto se presenta enmarcado en las características propias del contexto nacional y partiendo de la

idea de que la ansiedad social es un trastorno silente en Venezuela que está afectando la calidad de vida de gran parte de la población, al mismo tiempo que compromete el futuro desarrollo de una sociedad sana y productiva.

## **El miedo a ser visto**

# **El miedo a ser visto**

## **I**

### **La ansiedad social como temor constante**

Las manos comienzan a sudar, el corazón se acelera, la garganta se seca y parece imposible emitir cualquier sonido a pesar de que el momento de hablar está cada vez más cerca. Los pasajeros que la rodean dentro de la camioneta no lo notan, al fin y al cabo, la mayoría parece concentrada en llegar a su destino. Sin embargo, para Arantxa López, una cronista y estudiante universitaria de 23 años de edad, ésta se ha convertido en una situación incómoda que le despierta sensaciones abrumadoras.

Arantxa se encuentra de pie en una camioneta que tomó en Plaza Venezuela para poder llegar a Chacao, pero, al acercarse a ese punto de la ciudad, los nervios comienzan a apoderarse de ella. A diferencia de otras ocasiones, nadie a su alrededor muestra intenciones de pedirle al chofer que se detenga para bajar. La estudiante se siente paralizada, tiene miedo de llamar la atención y ser juzgada al hablar, así que guarda silencio a pesar de que necesita salir de la camioneta y llegar a su trabajo. “Bueno, creo que llegaré a Petare, porque nadie pide la parada” —piensa— pero unos minutos más tarde una mujer alza la voz para que el chofer se estacione por unos segundos cerca de la Plaza Altamira. En ese momento, Arantxa se siente aliviada y aprovecha la oportunidad de bajar junto a ella.

Este tipo de malestar forma parte del día a día de muchas personas en el mundo que, por diversas razones, sienten un gran temor cuando se enfrentan a situaciones sociales cotidianas como usar el transporte público, comprar productos en una tienda, asistir a fiestas o tener una simple conversación. Aunque las circunstancias no representan ningún peligro real para estas personas, la sensación de que están siendo observadas y juzgadas por otros les genera una gran incomodidad. Es por ello que cuando este malestar persiste se dice que se está frente al trastorno de ansiedad social (TAS).

En el caso específico de Venezuela, en los últimos años se ha intensificado el desarrollo de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión como consecuencia de

elementos políticos, económicos, sociales y culturales que forman parte del contexto. Así lo afirman la Federación de Psicólogos de Venezuela y Psicólogos sin fronteras Venezuela.

Es por ello que se puede decir que la ansiedad social es un trastorno que se ha mantenido silente en la sociedad venezolana, a pesar de que afecta a una parte significativa de la población y que, al no ser tratada, puede limitar el crecimiento individual de quienes lo padecen, así como el desarrollo de la sociedad cuando se produce en masa.

Al igual que en el caso de otras enfermedades, este tipo de situación se podría atenuar con la divulgación de información que, además de generarse en el contexto venezolano, este estructurada para ayudar a comunicar de manera más asertiva las características que componen este trastorno mental y las técnicas que los especialistas recomiendan para su afrontamiento.

### **De lo natural a lo patológico**

La ansiedad como tal es una reacción anticipatoria que resulta común en la población general, dado que le permite al individuo mantenerse alerta para poder actuar adecuadamente y adaptarse a situaciones de peligro. Dicho esto, en algunos escenarios sociales es natural que las personas se sientan ansiosas y experimenten síntomas como sudoración, palpitaciones y nerviosismo. Un buen ejemplo de estos escenarios sería presentarse frente a un público numeroso o acudir a una entrevista de trabajo.

Sin embargo, cuando esta sintomatología se empieza a presentar de forma constante por más de seis meses y frente a situaciones sociales que no representan un verdadero peligro, se habla de un cuadro patológico de ansiedad social, es decir, de un trastorno que limita el desenvolvimiento natural del individuo. Así lo explica el psicólogo clínico y coordinador de la Especialización de Psicología Clínica de la Universidad Central de Venezuela, Martín Villalobos, quien aclara que “no todo temor, angustia o tristeza es patología, sino que son respuestas naturales. Solo cuando estos malestares empiezan a interferir en la vida diaria del individuo puede llegar a ser considerado un criterio diagnóstico”. Lo mismo sucede con la introversión, característica que está más relacionada con la personalidad del sujeto que con algún problema de tipo psicológico.

En relación con este punto, Antonio Pacheco, psiquiatra y fundador del Colegio Venezolano de Neuropsicofarmacología, aclara que los pacientes con ansiedad social “presentan manifestaciones clínicas que son discapacitantes ante el temor de contactar e interactuar con otros y ser objeto de burla en situaciones sociales que le produzcan humillación o vergüenza (...). Es irracional porque quien lo sufre sabe que no tiene sentido y que no está corriendo ningún peligro desde el punto de vista de salud o algo por el estilo, pero sí tiene un temor intenso a hacer el ridículo”.

Es importante destacar que la forma cómo se manifiesta la ansiedad social puede variar. De hecho, Arturo Bados, psicólogo español y profesor de la Universidad de Barcelona, hace ciertas distinciones sobre este aspecto en su trabajo *Fobia Social* publicado en el 2009. Primeramente, expone la existencia de una fobia social específica, donde el malestar es generado por situaciones sociales muy concretas, como intervenir en público o comer mientras otros te observan.

Por otro lado, menciona la fobia social generalizada, que hace referencia a la forma más grave del trastorno, pues los síntomas aparecen como respuesta a la mayoría de las situaciones sociales. Sobre esto Bados asegura que “los fóbicos sociales generalizados constituyen el 60 y 70% de los pacientes tratados” (p. 4), debido a que son los que más buscan ayuda especializada, pues experimentan mayor deterioro en sus relaciones sociales, familiares y laborales.

Si bien es cierto que aún no se conocen con exactitud las causas de la ansiedad social, una gran cantidad de expertos concuerdan en que existen razones tanto biológicas como aquellas que están relacionadas con el contexto en el que se desenvuelve el individuo. Por lo tanto, las personas afectadas por este trastorno pueden temerle a situaciones variadas y tener reacciones distintas dependiendo en cierta medida de las características de su ambiente familiar, los entornos que frecuentan y la cultura a la que pertenecen.

En medio de una sociedad llena de extroversión como la venezolana, donde naturalmente la interacción y la comunicación con los otros es clave para el desarrollo individual, aquellos que prefieren pasar desapercibidos comúnmente sienten temor a ser juzgados por ser diferentes.

Este es el caso de Mabel Escobar, una ilustradora de 33 años que desde pequeña se preocupó por mantenerse alejada del resto debido a la incomodidad que le causaba el interactuar con otros. “Yo era chiquita y me la pasaba en la hora del recreo jugando con una máquina de escribir que no servía, pero tenía botones. Hasta que un día la profesora me dijo ‘sal y juega con alguien’. Literalmente me dijo que hiciera un amigo”.

Lo que antes solo parecía timidez, ahora se presenta como un trastorno de ansiedad social que hace que Mabel sienta un malestar intenso al actuar público o hablar con personas nuevas por miedo a no cumplir con las expectativas de los otros. “Hoy en día evito estar rodeada de completos extraños. No es algo de lo que esté completamente orgullosa, pero ya entendí que yo no estoy hecha para eso. No soy una criatura que es terriblemente social”.

La paciente asegura que, aunque en la actualidad reconoce su condición y asiste a consultas para mejorar su problema al interactuar, la mayor parte de su vida ignoró que se trataba de un trastorno psicológico.

### **El TAS, un trastorno común**

La ansiedad social es uno de los padecimientos mentales más comunes a nivel mundial. Según la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V)*, elaborado en el 2014 por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, la incidencia de la ansiedad social en el mundo ese año fue de 3 a 13% de la población.

Aterrizando estas cifras en América, específicamente en Estados Unidos, se tiene que una década atrás ya la *Encuesta Nacional de Comorbilidad Norteamericana* calificaba al TAS, con una prevalencia de 13%, como el tercer trastorno mental más significativo luego de la depresión y el alcoholismo. Y aunque se trata de una realidad social, económica y política muy distante a las de los países del sur, sirve para ejemplificar la frecuencia con la que se presenta la patología en toda la región.

Posteriormente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2013 realizó un estudio titulado *La brecha de tratamiento en las Américas* en el que demostró que la incidencia de la ansiedad social en el contexto latinoamericano era de un 4,8%. Ubicándolo

como la cuarta enfermedad mental más representativa de la población después de la depresión, el alcoholismo y el trastorno obsesivo compulsivo.

**Cuadro: Prevalencia y brecha de tratamiento de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2013**

Trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias psicoactivas	Américas			América Latina		
	Prevalencia a lo largo de la vida	Prevalencia a 12 meses	Brecha de tratamiento	Prevalencia a lo largo de la vida	Prevalencia a 12 meses	Brecha de tratamiento
Psicosis no afectiva	3,0	1,4	57,8	2,0	0,8	65,7
Depresión grave	14,5	6,7	54,8	12,5	6,7	62,6
Distimia	1,8	1,3	54,1	1,2	1,0	64,9
Trastorno por manía	3,3	1,9	61,1	2,3	1,3	71,0
Ansiedad generalizada	4,0	2,0	66,9	2,4	1,4	73,3
Trastorno por pánico	3,0	1,8	50,1	1,4	0,9	49,4
Agorafobia	1,9	1,2	65,3	2,5	1,5	72,5
Trastorno por estrés post traumático	4,6	2,3	57,8	2,5	1,2	65,4
Fobia social	8,3	4,9	60,9	4,8	3,1	63,9
Trastorno obsesivo-compulsivo	3,7	2,1	58,2	5,9	3,5	58,2
Abuso o dependencia del alcohol	12,4	3,6	80,0	11,7	3,5	84,3
Abuso o dependencia de drogas	5,4	1,3	60,9	3,1	0,9	50,0

*Fuente: Adaptado de La brecha de tratamiento en las Américas. OPS; 2013 (1).*

No obstante, los resultados también señalaron que la mayoría de las personas no acuden a ningún servicio de salud mental a lo largo de su vida generando una brecha en el tratamiento de 63,9%, lo cual representa un grave problema, ya que, si no es tratado a tiempo, este trastorno puede convertirse en una fobia tan fuerte que es capaz de llevar al individuo a aislarse completamente y evitar todo tipo de interacción social.

Una de las razones que el psiquiatra Antonio Pacheco le atribuye al origen de este problema es que “todavía el estigma referente a la salud mental sigue siendo muy amplio, sobre todo en los niveles culturales más bajos. La mayoría los califica de locos o peligroso si van al psicólogo. Los ven como individuos dañinos, absolutamente inútiles y dependiente”.

Esta es una realidad de la que no escapa Venezuela. Sobre este punto el psicólogo Hernán de Olivares estimó que en 2016 el 10% de la población venezolana podría estar padeciendo algún trastorno de ansiedad. No obstante, a finales del 2015 el informe de *Memoria y cuenta* del Ministerio del Poder Popular para la Salud arrojó que en el Distrito Capital —estado donde se encuentran la mayor cantidad de servicios públicos de salud mental—, acudieron tan solo 15.305 personas en busca de atención psiquiátrica o psicológica, lo que equivale a un 0,73% de la población.

Dichas cifras sirven para demostrar la poca atención que recibe el cuidado de la salud mental en el país. Por ende, lo más probable es que un trastorno tan específico como la ansiedad social se mantenga invisible para la población general e incluso para las personas que lo padecen, a pesar de que esta afección puede deteriorar la calidad de vida del individuo.

### **La niñez y el TAS**

Es común creer que la niñez y adolescencia son etapas ideales para cultivar amistades sanas, compartir con otros círculos sociales y vencer la timidez. Sin embargo, existen niños a los que se les dificulta un poco más ese proceso de interacción y muchos jóvenes que desarrollan un miedo constante e intenso a ser juzgados por las personas que los rodean, sobre todo por personas de su misma edad. En una situación de este estilo podrían aparecer los síntomas que caracterizan la ansiedad social.

Esta experiencia aparece reflejada en la vida de Arantxa López, quien desde pequeña se mostraba muy callada y tenía la tendencia a mantenerse alejada del resto. Al principio sus profesores pensaban que se trataba de un comportamiento positivo ligado a la disciplina, ignorando que este silencio nacía del temor a no saber cómo relacionarse. Sin embargo, sus padres sí mostraron sus inquietudes y decidieron llevarla al psicólogo. “Mi padre empezó a preocuparse porque él es una persona muy sociable y yo no”, asegura. “De niña ni siquiera me hacían fiestas de cumpleaños porque no tenía amigos”.

Lo vivido por esta paciente no se trata de un caso aislado. Según el DSM-IV publicado en 1994, los niños pueden comenzar a mostrar señales de que están padeciendo de ansiedad social expresadas a través de la inhibición social. “En los infantes las fobias sociales pueden tomar forma de lloros, tartamudez, parálisis, abrazos o aferramiento a familiares cercanos y abstención de mantener relaciones con los demás hasta llegar incluso al mutismo. Los niños mayores pueden mostrarse excesivamente tímidos en los ambientes sociales alejados de la familia, eludir el contacto con los demás, rehusar participar en juegos de equipo y mantenerse típicamente en una posición de segunda línea en las actividades sociales” (p. 28).

Estos datos son contrastados por el psiquiatra estadounidense Bridget Grant en su artículo *La epidemiología del desorden de ansiedad social en Estados Unidos*, publicado en 2005 a través del *Journal of Clinical*, en donde se afirma que el trastorno suele hacerse evidente entre los 12 y 15 años con características de la anticipación negativa, el miedo al juicio externo y la autoconsciencia de sí mismo. El autor refiere que, en parte, esto se debe a que durante la adolescencia, el individuo se siente más expuesto a la crítica porque empieza a interactuar con personas nuevas que no pertenecen a su círculo familiar.

En el mismo estudio se demostró que, de acuerdo a un análisis realizado a la población mundial, las mujeres representan entre el 58% y el 72% de las personas que padecen ansiedad social y buscan ayuda profesional. Según el psiquiatra Grant, estos datos estadísticos son similares en la población infantil y adolescente, donde el 70% de los fóbicos sociales pertenecen al sexo femenino.

Partiendo de esta afirmación, el psicólogo Martín Villalobos opina que esto se debe a que las mujeres, por naturaleza, tienden a ser más sensibles y a tener una mayor capacidad de lenguaje cuando se trata de expresar sus sentimientos, mientras que a los hombres generalmente se les dificulta decir abiertamente sus emociones y, por lo tanto, ir a terapia. Villalobos explica que esta situación se produce principalmente en culturas machistas como la venezolana, en donde el hombre tiende a creer que callar los problemas y las emociones que genera es una muestra importante de masculinidad.

Otro factor importante a considerar en el caso de Venezuela es que es común que tanto niños como adolescentes y adultos asuman las burlas o el “chalequeo” como parte de su idiosincrasia. De hecho, las características que han definido a esta población a lo largo de la historia son la alegría, jocosidad y burla frente a cualquier tipo de situación.

Sin embargo, Elena Sosnoski, trabajadora de la organización social Cecodap, en su informe *El chalequeo ¿diversión o discriminación?* publicado en 2018, afirma que “el chalequeo puede ser una forma de rechazar a las demás personas. Una forma de acoso y hostigamiento que se asocia claramente con el aislamiento y la discriminación” (p.13). Adicionalmente, advierte que el “chalequeo” hacia niños, niñas y adolescentes se practica un 77% en los colegios y 23% en reuniones o fiestas.

La presencia de este tipo de burlas podría ser clave en el desarrollo de un trastorno de ansiedad social a edad temprana, puesto que, al vivir una experiencia desagradable en su etapa escolar, en el niño o adolescente se puede producir un temor desproporcionado a actuar en público o a la interacción con los otros por la idea de que resulte humillante. Así lo afirmó la psicóloga clínica y ex profesora de la Universidad Central de Venezuela, Patricia Valderrama, al decir que “un evento traumático donde la persona haya sido expuesta al ridículo o haya sufrido de bullying durante su adolescencia puede derivar en un trastorno de ansiedad social”.

Las consecuencias más graves en este ámbito tienen que ver con la pérdida de interés en los asuntos académicos, poca disposición a asistir a la escuela, disminución de la participación activa en clases y, principalmente en el caso de los adolescentes, abandono

escolar. Lo más preocupante de esta situación es que muchas veces los padres no pueden precisar que la verdadera causa del problema tiene que ver con la ansiedad social.

“Todo eso conforma un cuadro clínico que se inicia desde edad temprana y en los niños es bastante serio porque genera deserción y abandono de los estudios. Al inicio, cuando aún son infantes muy pequeños, los padres sólo piensan que es tímido o que puede tener problemas como la ansiedad por separación, que es el temor a quedarse solo o a separarse de los padres. Luego, cuando se desarrolla a nivel escolar, el niño empieza a evitar ir a la escuela o inventa enfermedades para no ir al colegio por temor a que se burlen, a que lo agredan, a que lo maltraten”, afirma el psiquiatra Antonio Pacheco.

Aunque estas pueden parecer consecuencias extremas o lejanas, muchos adolescentes y adultos han vivido experiencias similares. Ese es el caso de Dayana Quiaro, una joven de 21 años que actualmente estudia la carrera de Estudios Internacionales en la Universidad Central de Venezuela. En los dos últimos años de su etapa escolar, Dayana fue víctima del rechazo y el hostigamiento de sus compañeros de clase por su dificultad para adaptarse a los diferentes grupos sociales, hecho que marcó su vida y agravó el trastorno de ansiedad social que hoy padece.

“Fue un círculo vicioso. Se burlaban de mí, yo me iba a mi casa, comía más y me ponía peor. Llegó un momento en el que me dije que ya no podía estar con esas personas si lo único que hacían era tratarme como basura. Fui, hablé con los profesores, les dije que yo tenía una enfermedad del azúcar y que por eso faltaba a clases. ¡Era mentira!, yo no sufría de nada, solo era gorda. Pero en ese momento todo el mundo me creyó. Yo iba solo a presentar las evaluaciones”, relató Dayana.

Su padre no vive con ella y su madre no estuvo al tanto de sus inasistencias porque salía a trabajar desde muy temprano y llegaba a casa durante las últimas horas de la tarde. Así Dayana logró mantener oculta la verdad por un período escolar más. Durante el último año de su educación media sus compañeros comenzaron a actuar de una manera más agresiva y las bromas se volvieron más pesadas. “Ponían triqui-traquis en los bolsos; el morral me lo escondían los cuatro únicos días que iba al mes y partían botellas dentro del

salón”, destaca. Por eso asistir a clase con regularidad no parecía ser una opción soportable para ella.

Tomando en cuenta el hecho de que Dayana asistía muy poco a clases, durante su acto de graduación muchos de sus compañeros demostraron estar muy sorprendidos al ver que había asistido para recibir su título. “Yo me gradué básicamente así: pasaba mis exámenes y listo. En el acto de grado fue como ‘Dayana nunca estuvo ahí, ¿por qué se está graduando?’ Yo tampoco sé cómo lo logré, ¡milagro!”. Sin embargo, la historia de la enfermedad ficticia fue desmantelada cuando la directora se acercó a la madre Dayana y le habló de su ausencia durante los últimos dos años.

A partir de ese momento la madre de Dayana sintió la necesidad de buscar ayuda profesional a través de un psiquiatra. “Ahí reaccioné y vi que mi vida no era normal porque en ese momento no tenía amigos y no hablaba con nadie. Yo solo estaba en mi casa y comía”, comenta. La joven dejó de asistir a las consultas psiquiátricas luego de tres sesiones, debido a que sentía que la culpa generada por lo que había hecho solo aumentaba. A pesar de esto, el verse con un profesional fue un paso clave para empezar a hablar francamente con su madre sobre cómo se había sentido en los últimos años, lo que mejoró su relación con ella.

“A partir de ahí fue que yo me propuse intentar reconstruir mi vida, porque sentía que la había botado en esos dos años. Entonces, me enfoqué mucho en el estudio. Con base en eso y la universidad conseguí los pocos amigos que hoy en día tengo”, señala. No obstante, en ella aún habita parte de ese miedo que tanto la abrumó en el pasado y que aún resulta limitante en el presente, dificultando su desenvolvimiento en diversas circunstancias que implican la exposición en público y su relación con otras personas.

“Aún tengo ese temor a ser juzgada. A que cada pequeña acción que haga en algún momento sea vista por alguien más y malinterpretada. O simplemente que te juzguen por equis o y sin que tú seas capaz de controlar esa impresión”, afirma.

## II

### ¿Cómo identificar la ansiedad social?

Todas las personas en algún momento le temen a la posibilidad de ser objeto de burlas, vivir situaciones embarazosas o resultar humillados por aquellos que lo rodean, sobre todo frente a un grupo numeroso. En la mayoría de los casos este temor solo aparece en escenarios claves en los que el individuo se ve totalmente expuesto ante los demás por ser el centro de atención. Sin embargo, el miedo puede controlarse al actuar y no tarda en desaparecer.

“Son estados de ansiedad momentáneos que la persona experimenta. Ahora, cuando hablamos de que un rasgo de esa persona es ser ansiosa, nos referimos a algo más permanente. Es decir, va a responder ante todas las interacciones que se le presenten con ansiedad”, explica Purificación Prieto, psicóloga clínica y profesora de la Universidad Central de Venezuela.

La naturaleza del TAS aún es desconocida para muchas personas. Al hablar de ello se suele mencionar el término “rasgo” descrito por la profesora, puesto que el paciente que lo padece lidia con un profundo malestar por una parte importante de su vida cada vez que se enfrenta o evita recurrentemente las situaciones sociales a las que les teme. Sentimiento que traspasa el plano emocional hasta afectar al individuo de forma fisiológica, psicológica, conductual y social.

Entre las respuestas físicas más recurrentes descritas por los pacientes entrevistados cuando se encuentran en una situación incómoda destacan la sudoración excesiva, taquicardia, dificultad para respirar, náuseas, manos frías, punzadas en el pecho y el estómago, rigidez en el cuerpo y garganta seca, lo que dificulta el habla.

Según lo descrito en el DSM-IV (1994) los síntomas que los individuos con fobia social experimentan son muy parecidos a los de la ansiedad solo que se desencadenan por circunstancias comunes de interacción, como “palpitaciones, temblores, sudoración, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento, confusión. En las

situaciones sociales temidas, y, en los casos más serios, estos síntomas pueden llegar a cumplir los criterios diagnósticos de una crisis de angustia” (p. 421).

Esta crisis, también conocida como ataque de pánico, aparece luego de un episodio donde el miedo es muy intenso y por ello despierta en la persona una sensación de peligro, muerte inminente o ganas de escapar del lugar en el que se encuentra. Viene acompañada de taquicardia, presión en el pecho, sofocación, ahogo, mareos, aturdimiento, pérdida de control, parálisis en algunas zonas del cuerpo y escalofríos. Si bien se trata de un momento de gran malestar, suele durar unos diez minutos.

La ex gerente de banco de 56 años, que será identificada con las letras Z.A para proteger su identidad, relata que cuando debió asumir ese cargo en el Banco de Venezuela, comenzó a lidiar con un temor irracional y cada vez más intenso que surgía cuando llegaba la hora de comer juntos a sus clientes.

“Yo era muy activa, pero cuando decían ‘vamos a almorzar’ me empezaba a sentir nerviosa. Al momento de comer me bloqueaba y no podía tragar. Eso aumentaba mi angustia y pena porque no se trataba de una situación normal, sino que era algo de trabajo y estaba con una autoridad. Tenía que cerrar el trato”, comenta la paciente.

Pero la desagradable experiencia vivida por Z.A no terminaba allí. Al salir de los restaurantes donde comía con sus clientes, el malestar que había sentido durante el almuerzo se agudizaba desencadenando un fuerte dolor de cabeza. En cuatro ocasiones, mientras manejaba de regreso a su casa, sufrió ataques de pánico que la llevaron a pensar que estaba al borde la muerte. “Sentía que me iba a morir de un momento a otro, me hacía mi película, porque de repente no podía respirar. Estaba como ahogada. Me tenía que parar en los hombrillos hasta que llegara la Policía de Chacao. Ellos me llevaban a cualquier hospital o servicio de atención médica y me decían que no tenía nada”, explica.

Este malestar tan difícil de controlar hizo que la paciente recurriera a excusas para evitar asistir a los almuerzos que formaban parte fundamental de su trabajo. Sin embargo, luego de ocho meses de lidiar con esta situación y empezar a notar que su desempeño laboral se estaba viendo afectado, decidió buscar asistencia psicológica. Fue así como descubrió que esta dificultad para comer surgía sólo cuando estaba frente a clientes, figuras

de autoridad y extraños en general, ya que, desde su perspectiva, disfrutar de cualquier comida se trata de un acto muy íntimo en el que juega un papel importante la confianza que existe entre las personas involucradas. Por lo tanto, resultaba inevitable para ella sentirse incómoda y expuesta al comer frente a personas a las que conocía muy poco y que, además, estaban ahí para juzgar o aprobar su trabajo como gerente.

“Yo iba a muchos almuerzos con otras personas de la empresa, pero cuando me tocaba ir sola como gerente me daba pánico. Siempre tenía que andar con alguien que yo conociera bien porque no podía”, expone. Sobre estos momentos en los que se sentía tan presionada, también revela que sus pensamientos la abrumaban y que le resultaba complicado ignorar la angustia que sentía al darse cuenta de que no podía realizar una acción tan cotidiana como comer.

“Quería salir corriendo de ahí. Mi angustia aumentaba por el temor de que pudieran darse cuenta y se dijeran ‘¿qué tiene esta señora?’ Por eso me paraba e iba al baño a respirar, ahí me preguntaba ‘¿Dios mío, qué me pasa?’ Me quitaba los lentes de contacto, me lavaba la cara y me calmaba un poco, pero al salir no comía más”, relata. Estos malestares intensos se mantuvieron por meses sin que Z.A descubriera la razón de su aparición, hasta que la visita al psicólogo le dio la respuesta que necesitaba: se trataba de una fobia social específica.

Un punto en el conjugaron las cinco pacientes que padecen de este trastorno es que en las situaciones sociales que le despiertan un sentimiento de pánico y angustia, la manera en cómo se presentan sus pensamientos se ve afectada. Muchas veces las ideas parecen venir como una estampida, para luego enredarse y, en algunos casos, desaparecer de forma repentina, dejando la mente completamente en blanco. “Es como que se me tropiezan las ideas. Y yo tengo algo que quiero decir, pero no soy capaz de articularlo en el momento”, afirma Dayana sobre su experiencia.

En estos escenarios, aunque la persona intenta pasar desapercibida para que los síntomas no sean evidentes, la realidad es que internamente existe un desequilibrio, puesto que el nerviosismo que siente aumenta frente a la idea de que alguien pueda notar la gran incomodidad que experimenta y que por ello se convierta en objeto de burlas.

“Me preocupaba mucho que la gente se diera cuenta de lo que yo estaba sintiendo y dijeran ‘¡Ay, esta está aquí y no sabe lo que se espera de ella! Lo está haciendo mal’. O simplemente que se burlarán. Eso me generaba mucha más angustia”, declara Mabel Escobar al hablar sobre esos momentos en los que intenta no dar señales de lo que sufre como consecuencia de la ansiedad social.

Normalmente, las personas que padecen este trastorno sin quererlo pueden llegar a adoptar diferentes conductas para apaciguar el malestar, como evitar el contacto visual con quienes lo rodean, apartarse del resto de las personas o mantenerse callado. A pesar de que estas conductas suenan inofensivas y comunes, su prevalencia puede terminar limitando el crecimiento del individuo en distintas áreas de su vida.

Estefany Pérez, una estudiante universitaria de Comunicación Social de 23 años que desde su niñez se caracterizó por ser una persona de pocos amigos, explica que en ese entonces se preocupaba mucho por mantener a raya a los demás porque temía que la excluyeran y maltrataran al compartir sus gustos y mostrarse tal cual es. Según comenta, hoy en día sigue siendo una persona muy reservada que no suele compartir sus logros, metas o vida privada.

Una muestra de esto tiene que ver con el hecho de que Estefany mantuvo en secreto su relación de pareja actual por dos años antes de poder confesárselo por escrito a su madre, una de las personas en la que más confía. Relata que sentía un terror indescriptible al imaginarse hablando con ella y recibiendo una crítica negativa. “El corazón me latía a mil y me sudaban las manos. Yo siempre me he comido las uñas y en ese momento, no sé, me las arrancaba. De hecho, después de eso seguí haciéndolo. Aquí tengo las manos heridas”, detalla mientras muestra las lesiones que rodean sus uñas mordisqueadas.

Estefany comenta que esta es una manera que utiliza para lidiar con la ansiedad cada vez que percibe que las cosas se están saliendo de su control. “Ayer estaba ansiosa porque tenía muchas cosas que hacer y no sabía cómo manejarlo. Entonces agarré un exacto y empecé como a arrancar parte de las uñas en los dedos. Pero una vez que lo hice confieso que sí me sentí muchísimo más aliviada”, explica finalmente desviando la mirada.

Según el psicólogo Martín Villalobos comportamientos de este estilo van de la mano con respuestas psicológicas que, si son experimentadas por mucho tiempo, pueden generar un desgaste emocional en el paciente. Desequilibrio que va incapacitando la posibilidad de realizar esas cosas que le permitirían sentirse bien.

En relación con ello, el especialista afirma que el único método para superar un trastorno de este estilo es la búsqueda de ayuda profesional, pero en países como Venezuela, donde no se fomenta el cuidado de la salud mental, es difícil que la persona afectada reconozca que tiene un problema.

### **Anticipación negativa: todo va a salir mal**

Otra de las características frecuentes del trastorno es esa visión pesimista que acompaña al paciente y que lo hace estar predispuesto a que los resultados de sus acciones sean percibidos como negativos por los demás. Esto forma parte del conjunto de distorsiones psicológicas que acompañan a la ansiedad generalizada, pero que pueden intensificarse cuando estamos frente al TAS.

“Anticipo que no estoy preparado para ese encuentro social y siento que voy a tener puras consecuencias negativas al momento de la interacción. Son creaciones mentales porque no necesariamente me va a ir mal, a menos de que la persona tenga una falta de habilidades sociales, que sería otra cosa concreta que perjudica sus interacciones. Si la persona no tiene falta de habilidades, este temor anticipatorio es totalmente irracional”, asegura la psicóloga clínica Patricia Valderrama.

Esta afirmación es avalada por el modelo explicativo que los psicólogos Clark y Well publicaron en 1999 en el artículo *Un modelo cognitivo de fobia social*, donde hacen referencia a la auto-focalización que hace el paciente de sí mismo como objeto social. Es decir, las personas que padecen este trastorno tienden a pensar frecuentemente que son el centro de atención en las distintas situaciones sociales y que el resto de los individuos los están observando para juzgarlos de forma negativa.

“A veces siento que soy observada cuando ni siquiera lo soy y me pongo muy nerviosa. O sea, no me gusta ser observada. No me gusta mirar a los ojos, el contacto visual

me pone nerviosa, por lo tanto intento evitarlo. Siento que me están juzgando nada más por observar”, expresa la estudiante Dayana Quiaro.

Según Clark y Well, este temor a ser visto y juzgado por los otros aparece de manera anticipatoria desde que la persona sabe que debe enfrentarse a una situación incómoda, lo que hace que la ansiedad sea más fuerte. En ese momento quien sufre del trastorno tiende a evaluar todos los pros y contras —dándole peso a los últimos— con el fin de prepararse y tener el control de la circunstancia cuando debe enfrentarse a ella.

Este planteamiento se ve reflejado en el comportamiento de Mabel Escobar, quien asegura que cuando siente que tiene cierto control de la situación, el malestar no es tan intenso. “Si me dices que tengo un examen para tal cosa, yo puedo prepararme y lo puedo afrontar. Si se trata de un protocolo a seguir, como en un restaurante, ahí necesito practicar, pero se hace”, expresa. No obstante, Mabel aclara que, por mucho que ensaya, estudia o planifica, no ha sido capaz de desarrollar esa espontaneidad que otros tienen al actuar incluso cuando están rodeado de extraños.

Sobre este punto, los autores refieren que, cuando nos enfrentamos al trastorno de fobia social, el temor persiste, en mayor o menor intensidad, durante la circunstancia principalmente cuando el individuo siente que está transmitiendo una mala imagen a los otros. Luego de que se supera el momento incómodo, la persona se enfrenta con las creencias negativas que lo llevan a asumir que la situación tuvo resultados desfavorables y tiende a pensar en ello constantemente, lo que le puede llegar a generar un gran malestar.

Esto se debe fundamentalmente a tres tipos de distorsiones mentales que Clark y Well refieren en su artículo. La primera tiene que ver con los estándares excesivamente altos que se impone el individuo en cuanto a su desempeño social, la cual se relaciona con la necesidad de tener una actuación pública impecable para no convertirse en blanco de burlas o ser señalado de manera desfavorable.

En segundo lugar están los supuestos disfuncionales que tienen que ver con la anticipación negativa, es decir, el constante miedo que se genera en el ansioso social al pensar que los otros van a juzgar de mala manera su comportamiento. Y, por último, los

autores presentan la distorsión relacionada con la autoimagen desfavorecida que crea el individuo.

Esta última afirmación es avalada por el psiquiatra Danilo Martínez, especialista en trastornos de ansiedad, al decir que “el paciente desarrolla una visión empobrecida de sí mismo. De que es una persona torpe, inepta e incapaz. Dicha visión se la confirman los demás por medio de sus distorsiones”. Además, agrega que en estos casos, si bien la percepción del individuo se ve afectada, existe todavía en él un grado de autoestima, debido a que su problema aparece principalmente cuando interactuar con otros y asume que obtendrá un juicio negativo. En estos casos se trata de lo que el especialista denomina como una baja “heteroestima”.

Precisamente este planteamiento guarda relación con el testimonio ofrecido por la futura internacionalista, Dayana Quiaro, quien comentó que, a pesar de que le genera malestar pensar que las otras personas la están juzgando en todo momento, cada vez que recibe una crítica real, la acepta y asume como verdadera. “No pueden darme opiniones más negativas de las que yo tengo hacia mí misma”, asegura.

La estudiante relata que, al llegar a la universidad y por la insistencia de un amigo cercano, ingresó a un grupo de debate que pertenece a la Escuela de Estudios Internacionales. Y, a pesar de que aún siente temor al hablar en público, esta actividad junto a su interés por aprender a argumentar y razonar en cuestión de minutos, la llevaron a salir de su zona de confort.

Sin embargo, no ha logrado superar la sensación de inconformidad que se traduce en la dificultad que tiene para reconocer el mérito propio. Es por eso que, luego de participar en competencias o prácticas de debate, Quiaro cuestiona cada respuesta que da aunque en el fondo sabe que son correctas. Y, en muchas ocasiones, si el equipo logra ganar o mejorar su posición debido a una participación suya, primeramente asume que el mal desenvolvimiento de su oponente es la causa de su triunfo.

Esta autoimagen negativa que construye el ansioso social la mayoría de las veces se complementa con una sensación de vulnerabilidad que los hace creerse débiles, frágiles e incapaces frente a la posibilidad de lograr cosas positivas o simplemente agradecerles al resto

de las personas. Por ello, la mayoría de las veces asumen actitudes calladas y lejanas que los hace lucir desconectados del mundo que los rodea.

Para la estudiante Estefany Pérez una forma de adaptarse a los distintos contextos sociales ha sido a través de la creación de una “coraza” que le impide expresar abiertamente sus sentimientos a las personas que la rodean por miedo a parecer vulnerable y salir lastimada como consecuencia.

Este “caparazón”, como lo define la entrevistada, empezó a formarse en sexto grado de educación básica luego de una experiencia traumática que tuvo lugar en su salón de clases. En aquel entonces, la profesora encargada del curso era una mujer muy estricta que estaba obsesionada con la limpieza y evitaba en la medida de lo posible entrar en contacto con los niños. Todos los días, al llegar e irse del salón, desinfectaba su escritorio junto con sus instrumentos de trabajo utilizando una mota de algodón y alcohol. Mientras tanto, Estefany se preocupaba por ser la más disciplinada de la clase. No le causaba problemas a sus compañeros, pero al mismo tiempo transmitía una imagen de respeto y seriedad que la ayudaba a evitar las burlas.

En esa época la actual estudiante universitaria ya demostraba sentir una curiosidad fascinación por los animales y la naturaleza, es por ello que un día decidió llevar al salón a una rana que acababa de encontrar para enseñársela sus compañeros. Si bien algunos se mostraron sorprendidos y otros temerosos, la reacción que más afectó a Estefany fue la de su profesora, quien la agarró por el brazo con fuerza para luego gritarle frente al resto de la clase que no debía volver a hacer algo de ese tipo. Pérez se sintió tan humillada y asustada en ese instante, que comenzó a llorar frente a todos de manera incontrolable. Gracias a ello, tomó la determinación de no volver a compartir abiertamente sus gustos e intereses, ya que sentía que al hacerlo corría el peligro de atravesar por una situación tan desagradable como esta.

“A partir de ese momento empecé a cerrarme en mi círculo. Yo no comenté más nunca mis gustos por libro u otras cosas. Yo tenía la tendencia a llevar cosas a la clase para mostrarles a los demás. Y desde ese momento ya no quise, sólo las compartía con mis dos amigas del salón”, afirma.

El miedo a la crítica y a la humillación pública sigue siendo una constante en su vida, es por ello que la estudiante ha adoptado una actitud reservada con la que intenta transmitir una imagen de seriedad capaz de mantener alejados a los demás. “Puedo parecer que soy muy segura de mí misma y muy seria, la culta y tal, pero en el fondo no. Yo soy una nube por dentro que no quiere que la noten”, señala.

En definitiva, la anticipación negativa en conjunto con el constante temor a ser juzgado pueden ser razones por las que el ansioso social evita visitar a un especialista y conocer de cerca el trastorno que padece, puesto que cree que si acepta que tiene un problema psicológico, el resto de las personas van a juzgarlo aun más.

### **Nuevas relaciones sociales con dificultad**

Adoptar una conducta que, motivada por el miedo, apunta hacia el aislamiento y puede ser fácilmente confundida con odiosidad, es precisamente uno de los obstáculos más importantes que enfrentan las personas que padecen de ansiedad social al momento de relacionarse con otros.

Así lo afirmaron los psicólogos Rivadeneira, Dahab y Minici a través del artículo *Fobia social en tiempos de redes sociales* publicado en el 2017 en la *Revista de terapia cognitivo y conductual*, donde aseguran que la intensa sensación de desespero y vergüenza que sufre el paciente a la hora de entablar una conversación con un desconocido es una de las principales causas del devenir de su comportamiento, por ello en esas ocasiones opta por retirarse del lugar o no volver a intentar un acercamiento.

Este temor puede generarse a partir de situaciones simples en las que la persona sólo necesita solicitar una información, o desea iniciar una conversación con alguien y propiciar un ambiente de confort. Las anécdotas brindadas por la cronista Arantxa López mantienen una relación cercana con este tema.

La redactora comenta que durante su adolescencia vivió en el estado Barinas junto a sus padres y que cerca de su casa quedaba un negocio de alimentos pequeño en el que compraban con frecuencia. En numerosas oportunidades, su padre le pedía que se acercara a este negocio para comprar algún producto que hiciera falta en la casa, sin embargo,

Arantxa no lograba cumplir con la tarea. A pesar de que no se negaba a la petición, sin saber el por qué, cada vez que llegaba a la tienda sentía que no era capaz de hacerlo. En su cabeza practicaba una y otra vez el discurso que iba a decirle al dueño del local, pero al estar frente al mostrador se congelaba por completo.

El miedo se apoderaba de ella, su garganta daba señales de no ser capaz de emitir sonido alguno y el corazón le latía fuerte. Al no saber cómo actuar, sólo se giraba y regresaba corriendo a su casa con las manos vacías. “Prefería decirle a mis padres que no tenían nada”, comenta López.

No obstante, las cosas cambiaron para Arantxa en el momento en el que decidió trasladarse sola a Caracas para estudiar en la universidad. La joven se vio en la obligación de enfrentarse a circunstancias similares para poder adaptarse a una vida independiente en la ciudad. Sin embargo, confiesa que le siguen incomodando muchas situaciones cotidianas, sobre todo aquellas que involucran interactuar con desconocidos, es por ello que muchas veces prefiere mantenerse callada y esperar a que sean otras personas quienes soliciten la información que ella está buscando.

Experiencias como esta son las que viven a diario quienes sufren de ansiedad social. Momentos que les generan un profundo malestar y terminan dificultando con el paso del tiempo el desarrollo de sus capacidades para adecuarse al contexto y progresar como individuos.

Para estas personas, establecer una conversación amena y fluida con un desconocido representa un reto casi imposible de superar, especialmente cuando el sujeto puede ser considerado una autoridad. Es por ello que la mayoría de las pacientes coinciden en que siempre se sienten incómodas frente a personas que consideran importantes y que pudieran juzgarlas negativamente, ya sea porque manejan más conocimientos que ellas o porque juegan un rol fundamental en algún ámbito en el que ellas desean desenvolverse.

Enfrentar el ambiente laboral y todas las presiones que surgen en él se ha convertido en un gran desafío para la ilustradora Mabel Escobar, quien ha formado parte de empresas y proyectos en los que constantemente alguien observa, evalúa y crítica las tareas realizadas por sus trabajadores. Su primer empleo lo obtuvo en el 2017 en un bufete de abogados y,

aunque asegura que la mayoría de los empleados la trataban con amabilidad, durante las primeras semanas la experiencia fue desagradable porque no sabía cómo adaptarse. “Yo no sé presentarme a las personas. Tampoco entendía cuál era el protocolo para almorzar. Recuerdo que agarraba la lonchera, calentaba la comida y me iba a comer sola a las escaleras. Me sentía horrible porque yo sabía que eso no era normal”, admite.

Transcurrido un mes, las cosas comenzaron a cambiar cuando una compañera se acercó a ella para invitarla a almorzar junto con el resto del grupo y fue a partir de ese momento que empezó a interactuar con los demás. No obstante, en la actualidad, Mabel ha optado por trabajar desde su casa con ayuda de su computadora, pues le permite generar ingresos sin tener que lidiar con ese “agotamiento social” que experimentó anteriormente al asistir a clases y pasar horas en una oficina.

Para tener una idea más amplia de los escenarios en los que comúnmente al paciente con ansiedad social le incomoda relacionarse, el psicólogo Arturo Bados realizó en el 2009 una clasificación de situaciones temidas a través de su artículo *Fobia Social*.

<b>Situación</b>	<b>Formas de relacionarse</b>
Intervención pública	Hablar o actuar en público, presentar un informe ante un grupo, intervenir en grupos pequeños formales.
Interacción informal	Iniciar, mantener y terminar conversaciones con desconocidos, unirse a una conversación o actividad ya en marcha, hablar de temas personales, hacer cumplidos, expresar amor, relacionarse con el sexo opuesto o preferido, concertar citas o acudir a las mismas, establecer relaciones íntimas, asistir a fiestas, conocer a gente nueva, llamar a alguien por teléfono o recibir críticas.
Interacción asertiva	Solicitar a otros que cambien su comportamiento molesto, hacer un reclamo, devolver un producto, hacer o rechazar peticiones, expresar desacuerdos, mantener las propias opiniones e interactuar con figura de autoridad.

Ser observado	Comer, beber, escribir, trabajar, telefonar delante de otros; al usar el servicio público (cuando hay alguien cerca o hay alguien esperando afuera); entrar en un sitio donde ya hay gente sentada (como el transporte público o aulas); ser el centro de atención (en una fiesta de cumpleaños).
---------------	---

**Fuente: Arturo Bados**

Es importante aclarar que el temor a una u otra situación social depende del caso particular de cada paciente. Esto recordando que la ansiedad social puede presentarse de forma específica, frente a una o dos circunstancias particulares; o generalizada, cuando el miedo irracional y desproporcionado aparece como respuesta a la mayoría de las interacciones sociales y exposiciones públicas.

### **Causas individuales de la ansiedad social**

El surgimiento de la ansiedad social se relaciona con factores individuales y contextuales. Muchos de ellos resultan incontrolables, sin embargo, con terapias y la aplicación de técnicas adecuadas para contrarrestarlos el paciente puede alcanzar una calidad de vida próspera. No obstante, esta posibilidad se ve reducida en países como Venezuela, donde existe una desinformación en relación con este trastorno y la salud mental en general.

“Ese desorden y el no tener estadísticas es perjudicial para todos. Hasta para investigar necesitas estadísticas. ¡Es absurdo!, el deterioro de la salud mental en la población no se puede esconder solo porque no se publique nada al respecto”, opina el psicólogo clínico Martín Villalobos. Partiendo de esta afirmación, se podría presumir que enfermedades tan frecuentes a nivel mundial como el TAS afectan a gran parte de la población venezolana sin que haya conciencia de ello.

En el caso específico de la ansiedad social, el individuo es capaz de desarrollar este trastorno por una razón biológica que tiene que ver con el funcionamiento del sistema neurológico. Según lo explica el psiquiatra Danilo Martínez, normalmente los estímulos que son captados por los órganos sensoriales llegan al cerebro y son filtrados, por un lado,

por la corteza prefrontal, que genera la evaluación cognitiva de lo que es bueno o es malo; y por la amígdala, que es el órgano encargado de controlar las emociones.

Sin embargo, cuando estamos frente a una persona que padece de ansiedad social, muchos de los estímulos son evaluados de manera distorsionada y esto genera mayor cantidad de miedo, lo que termina desequilibrando el organismo y produciendo nerviosismo. Martínez asegura que estas distorsiones cognitivas son especies de falla en el procesamiento de la información que hacen que el individuo asuma juicios negativos a priori frente a las distintas situaciones sociales.

“Las distorsiones cognitivas hacen que pensamientos inadecuados sean los que predominan. Hacen que te evalúes en minusvalía cuando padeces de ansiedad social o depresión. O que hagas conclusiones catastróficas, es decir, yo voy a ser un desastre en esta clase”, comenta el especialista.

Estas afirmaciones se correlacionan con los modelos de teóricos cognitivos que se divulgaron en la década de los noventa, especialmente el expuesto en 1992 por los psiquiatras Rapee y Lim, en su investigación *Discrepancia entre las calificaciones de observadores y auto-observadores del desempeño de fóbicos sociales*, donde se expone que las percepciones de las personas que padecen este trastorno psicológico van a estar guiadas por creencias irracionales que influenciarán su forma de interpretar los distintos acontecimientos sociales y las señales emitidas por quienes se encuentran a su alrededor. Con base en ello, el paciente asumirá que su conducta ha sido negativa y que, por más que se haya esforzado, no es capaz de igualarse al resto, que sí actuó correctamente.

“La actuación puede ser muy buena y la percepción mala. Aunque la persona haya dado bien el discurso, le haya ido de maravilla en la cita o le dieran el trabajo, igual su percepción de su actuación es muy negativa porque la experiencia es mala. Ese es como el componente del trastorno que aunque te hayas lucido tú no lo percibes así. O no lo experimentaste desde ahí y por eso no lo quieres volver a vivir”, afirma la psicóloga Patricia Valderrama.

Confirmando esto, la cronista Arantxa López, comenta que la mayoría de las veces se siente insegura de sí misma, sobre todo en aquellos momentos en los que debe

relacionarse con personas nuevas, hablar frente a un grupo numeroso o publicar algún trabajo periodístico. Aunque considera que se esfuerza al máximo, cuando termina de afrontar estas situaciones sociales debe lidiar con la molesta y recurrente sensación de que lo pudo haber hecho mejor.

“A veces cuando me dan opiniones positivas diciendo que lo hice muy bien, dentro de mí digo que seguramente me están mintiendo. Qué lo dicen sólo para que no me sienta mal con el resultado. Me siento muy incómoda y siempre lo llevo al lado negativo del ‘no sirve’”, reflexiona.

Asimismo, la psicóloga Valderrama complementa su idea sobre la mala percepción diciendo que, para la persona que padece de ansiedad social, cualquier opinión emitida por otros sujetos es percibida como un rechazo, a menos de que se trate de alguien con el que haya mucha intimidad y confianza. En el caso de que sea una crítica negativa, lo que ocurre es que se afianza el impulso que tiene el sujeto de menospreciarse antes los demás.

En relación con esta explicación, la futura comunicadora Estefany Pérez confiesa que, a pesar de ser etiquetada como el orgullo de la familia, desde pequeña se ha sentido vulnerable frente a las críticas de los demás debido a que tiene la tendencia a darle más peso a los comentarios negativos que a los comentarios positivos. “Siempre tomo las opiniones de una manera muy negativa y me destruyen por completo”, asegura.

También relata que hace un par de meses fue la ganadora de un concurso de diseño organizado por la sede de la Embajada de Alemania en Venezuela, que presentó como premio un certificado y dinero en efectivo. A pesar de la satisfacción que sintió al enterarse de la noticia, no quiso publicar su logro en sus redes sociales para no llamar la atención y parecer vanidosa. Sin embargo, la cuenta de Twitter de la embajada hizo público su nombre y apellido en conjunto con el logo que diseñó para el concurso.

Si bien los comentarios positivos no se hicieron esperar, una sola respuesta negativa que señalaba que su trabajo no era impresionante bastó para bajarle el ánimo por completo y cuestionar la calidad del trabajo que había hecho. “Yo recibo una crítica y puedo durar meses en los que me acuesto y en mi mente se reproduce constantemente el momento en el que me hicieron la crítica”, comenta la estudiante.

## **Una vivencia traumática como origen del trastorno**

Algunos especialistas en el área de la salud mental opinan que el malestar intenso que el ansioso social desarrolla por la posibilidad de que otra persona lo evalúe negativamente o lo critique puede provenir de experiencias humillantes del pasado que han marcado significativamente su vida. Según lo comenta la psicóloga Purificación Prieto, “si la persona ha sido víctima de una situación social traumática, en donde fue objeto de burla o pasó una gran vergüenza, tiene mayores posibilidades de desarrollar el trastorno”.

Su afirmación guarda relación con el antiguo modelo de condicionamiento clásico, publicado por los psiquiatras Ost y Hugdahl en 1981 dentro de su artículo de investigación *Adquisición de fobias y patrones de respuesta de ansiedad en pacientes clínicos*, en el que se demostró que es común que los sujetos que padecen de ansiedad social recuerden un hecho traumático o una situación estresante asociada al origen del trastorno.

Un ejemplo de ello, es el caso de Mabel, quien asegura que no sabe exactamente el momento en el que empezó a sentir un temor irracional a la hora de interactuar con desconocidos, actuar en público o ser observada en general. De hecho, recordaba que de pequeña participó en un concurso de canto en el colegio y pudo desenvolverse con total naturalidad. Actividad en la que no aceptaría participar actualmente.

A pesar de eso la ilustradora narra que durante su adolescencia ocurrieron algunos hechos humillantes que aún no ha podido olvidar y que considera que forman parte de las causas del desarrollo del trastorno. Uno de ellos tiene que ver con un examen que reprobó en séptimo grado, ya que la profesora encargada le pidió que se levantara de su puesto frente al resto del salón para preguntarle en voz alta por qué había sacado una calificación tan baja. Un momento incómodo y vergonzoso que aún la entristece.

Si bien hay casos de este tipo, existen profesionales de la salud mental que se mantienen alejados de la teoría de que las situaciones humillantes que circunstancialmente le ocurren al individuo son suficientes para desencadenar el TAS. Así lo afirma el psiquiatra Antonio Pacheco al decir que “no hay una relación directa entre la existencia de un trauma y el desarrollo de la fobia social. Puede haber una coincidencia, por supuesto,

pero no se manifiesta solo por el trauma, sino que ya existe una problemática latente. El sujeto ya era potencialmente un fóbico social”.

Esta idea se encuentra sustentada en el modelo explicativo expuesto en 1995 por los psiquiatras estadounidenses Hofmann, Ehlers y Roth, publicado en el artículo *Teoría del condicionamiento: un modelo para la etimología de la ansiedad para hablar en público*. En él se demostró, a través de una muestra de 30 personas, que la mayoría de los fóbicos sociales no establecieron relación directa entre los episodios traumáticos vividos en el pasado y el desarrollo de la enfermedad.

Es decir, en algunos casos deben existir causas más complejas de fondo que lleven a que la persona le tema a las diferentes situaciones sociales. En Venezuela específicamente, las pacientes hicieron referencia a actividades como andar transporte público, comer frente a otros, entablar relaciones con desconocidos durante la fila que se forma para pagar en algún local, ir a la tienda y comprar algún producto o visitar un sitio nuevo.

Como muestra de ello la paciente Dayana Quiaro comentó que desde el 2017 no ha usado el Sistema de Metro de Caracas porque la proximidad de otras personas le incomoda tanto que ha llegado a causarle desmayos. También agregó que cuando se dispone a comprar algo, surge en ella un temor intenso a la hora de pagar que hace que su mente se ponga en blanco. “A veces, me quedo como pegada y olvido cosas como que si la cuenta es corriente o ahorro. Eso me afecta porque la cajera debe pensar que soy una estúpida porque me lo tuvo que repetir treinta veces”, admite.

Por su parte, Mabel Escobar y Arantxa López comparten un mismo miedo por las camionetas por puesto. A la primera de ellas le incomoda que las personas noten que no conoce la mayoría de las calles de Caracas debido a que se traslada comúnmente por medio del tren subterráneo o carros particulares. En el segundo caso, la paciente asegura que su temor surge cuando siente que llama la atención y está siendo observada, por ello evita ser la que le indica al chofer que debe detenerse para poder salir de la camioneta.

En el caso de Z.A, hasta hace poco temía visitar los restaurantes de la ciudad acompañada de sus clientes porque sentía que iban a juzgar su forma de comer y a notar el miedo que le despertaba hacerlo frente a ellos. Por otra parte, Estefany Pérez evade fiestas,

reuniones y celebraciones en las que cree que es el centro de atención o en las que se encuentre rodeada de extraños o personas con las que siente que no tiene mucho en común. En algunos casos la incomodidad puede llevarla a esconderse en el baño o cualquier otro lugar solitario cercano por mucho tiempo.

Todas estas pacientes tienen en común el temor que le generan circunstancias sociales naturales, muchas de ellas necesarias para adaptarse a la ciudad de Caracas, en donde se sienten observadas o están obligadas a tener una interacción directa con otro. A pesar de que este miedo resulta limitante, la mayoría de las pacientes no sabían de qué se trataba hasta que decidieron acudir a un especialista.

### **Círculos íntimos: cuna del TAS**

Existe otra causa a la que le atribuyen la aparición de la ansiedad social y tiene que ver con la relación que ha desarrollado el individuo con el entorno directo en el que se desenvuelve. Según el psiquiatra Danilo Martínez, “al fóbico social también se le puede haber transmitido esa sensación de que lo que él haga va a ser evaluado negativamente por su entorno familiar, creando un patrón”. Esto quiere decir que algunas de las distorsiones cognitivas pueden ser sembradas durante la crianza.

Esta afirmación es avalada por Claudia Marchionna, psicóloga clínica del Hospital Universitario de Caracas, quien comenta que si bien las causas de la ansiedad social son muy variadas y dependen del caso, normalmente los factores que la desencadenan tienen que ver con la baja autoestima, antecedentes de abandono o las exigencias que padres estrictos les imponen a sus hijos.

Esas exigencias sociales forman parte de la realidad que vivió Dayana Quiaro en su niñez, pues creció en el seno de una familia influenciada por la ausencia del padre, el sacrificio de su madre que salía a trabajar desde la madrugada y las expectativas de sus abuelos, que esperaban tener a la nieta ideal. “A mi mamá también la trataban igual. Era como que ‘Dayana tiene que ser 20 con todo. Tiene que saber ballet, tocar piano’. Ese estigma de que es la hija única y tiene que ser perfecta”, destaca.

Comenta que su madre también fue perfeccionista en su forma de criarla, por eso su relación se vio sacudida cuando salieron a la luz todas las ausencias de Dayana durante los últimos años de su educación escolar. Sin embargo, la paciente aclara que hoy en día el lazo que tiene con su madre es cada vez más fuerte y se ha convertido en el apoyo que necesita para superar muchos de sus problemas.

Se puede decir que esta historia se repite un poco en el caso Estefany Pérez, quien narró el temor que durante años le produjo la idea de no ingresar a la universidad por la responsabilidad que sentía producto de las expectativas de su madre sobre su futuro como universitaria. “Fue una presión horrible porque mi mamá siempre me inculcó desde pequeña que debía ser una profesional”, afirma.

Según lo explica la paciente, la razón principal de esta exigencia recaía en el deseo que tiene su madre de que no se desgaste trabajando como lo ha hecho ella desde que murió su esposo, el padre de Estefany, pues al quedar ella como la cabecilla del hogar tuvo que salir a buscar el sustento para las dos. Esa situación propició que la joven creciera prácticamente sola en casa, sin amistades cercanas y con poco contacto con el resto de la familia. “Cree ese mundo íntimo y lograr abrirme ha sido como muy difícil”, indica.

Estas exigencias sociales ligadas al crecimiento profesional y la disciplina, que muchas veces desencadenan un temor intenso en relación con el futuro, en algunas ocasiones van acompañadas de críticas negativas sobre la personalidad del niño o adolescente que tiende a ser tímido o callado, situación que se presenta sobre todo en sociedades como la venezolana, donde la extroversión y la facilidad para interacción con los otros es altamente valorada.

Así lo refiere la psicóloga Patricia Valderrama al decir que “eso puede ser un factor importante, pues tiene mucho que ver la crianza, porque entonces los padres que pueden ser muy sociables, les toca un hijo más introvertido y empiezan a exigirle una respuesta más interactiva con el resto, aunque por su naturaleza no pueda”. Esto genera estrés y angustia en el niño y adolescente, debido a que siente que está siendo empujado hacia una dirección contraria a su personalidad. Síntomas que se pueden derivar en un trastorno de fobia social por el temor a no saber cómo relacionarse con el resto.

La preocupación que puede generarse al tener un hijo introvertido, callado y reservado la experimentaron los padres de Arantxa López, quienes son de naturaleza extrovertida. Esta fue la razón principal por la que la joven redactora realizó su primera visita al psicólogo durante la niñez, sin embargo, en aquel momento la paciente no sabía que existía un trastorno denominado ansiedad social y que este formaría parte de su diagnóstico más adelante. Las ganas de pasar desapercibida, en conjunto con el miedo a ser vista y juzgada por otros la siguieron acompañando durante su crecimiento.

“También me pasó cuando llegué a la universidad, que te topas con grupos muy grandes de personas (...). No puedes dejar de pensar en lo mal que puede salir algo, en lo que la otra persona está pensando sobre ti o de cada cosa que haces. Es como estar todo el tiempo pensando, pero también estás como asustado, preocupado y en algunos momentos te da como cierta tristeza, porque sientes que todo lo estás haciendo mal y es como una sensación permanente”, confiesa López.

Pero incluso siendo víctima de este malestar que no parece tener intenciones de marcharse en muchas ocasiones, la cronista desconocía lo que le pasaba realmente y por eso sentía que difícilmente lo podría superar, hasta que un día un amigo mencionó por primera vez el término de ansiedad social y ella se sintió atraída e identificada con la explicación, lo que la hizo averiguar un poco sobre el tema por su cuenta.

Retomando el tema de los primeros años de formación del individuo, se puede decir que en muchas familias las exigencias y altas expectativas fijadas se combinan con la sobreprotección, que deriva del temor que sienten los padres frente a la idea de que a sus hijos fracasen o les ocurra algo malo, lo que los lleva a limitarlos y prohibirles algunas acciones o actividades que fomentan la integración del niño y el adolescente en ambientes diferentes a su círculo familiar.

Según la psicóloga clínica Purificación Prieto, esta puede ser una de las causas fundamentales para el surgimiento de la ansiedad social, ya que la persona durante su desarrollo sólo se le es permitido mantener relaciones cercanas con mamá, papá y algunos familiares, sin que haya una verdadera estimulación social externa.

Esta sobreprotección se ha evidenciado en el caso de Estefany Pérez, quien al crecer sola junto a su madre, cerca de sus libros y alejada del resto, sintió que creó un mundo donde no hacía falta nadie más, lo que afectó el desarrollo sus habilidades sociales. Recuerda que uno de los pocos momentos en los que estuvo a punto de romper esas barreras fueron los días próximos a su fiesta de graduación de bachillerato, a la que planeaba ir con sus dos únicas amigas. Sin embargo, su madre no se sintió cómoda con la idea, ya que le atemorizaba la posibilidad de que a Estefany le pasara algo malo durante la celebración.

“Al final me puso en una disyuntiva de manera intencional. Me dijo que me podía dejar ir a la fiesta, comprarme el vestido, los zapatos y lo que necesitaba o comprarme una computadora y un celular”. En ese momento, Pérez pensó en su futuro académico y cómo su etapa como universitaria estaba a punto de comenzar, decidió abandonar sus planes de ir a la fiesta para tomar la opción que podía serle de mayor utilidad en el futuro. Sin embargo, hoy lamenta un poco no haber asistido con sus amigas aquel evento que marcó el cierre de una época importante en su vida.

La psicóloga Claudia Marchionna se refiere a casos como este al hablar de una inhabilidad social que surge cuando a los pacientes en su niñez los mantienen en una especie de caja para protegerlos de los peligros del mundo real, acción cuyas consecuencias se hacen más evidentes cuando, al final de la adolescencia y al principio de la vida adulta, el individuo no sabe adaptarse fácilmente a distintos entornos y tiene dificultades para lidiar con inconvenientes que muchas veces forman parte de la cotidianidad.

Así le a Mabel Escobar, quien a sus 33 años confiesa que la mayor parte del tiempo sólo se siente cómoda en su casa, junto a sus padres, y en lugares que ya haya frecuentado. Su madre siempre ha sido un pilar fundamental para ella, porque, a pesar de ser muy sociable y no saber mucho sobre del trastorno que padece su hija, le ha brindado un apoyo incondicional en todas las situaciones incómodas por las que ha atravesado.

“En esas situaciones prefiero dejar que mi mamá, que es una persona sumamente sociable, lo haga todo. Cuando ella está ahí, yo prefiero hacerlo todo a través de ella porque no tiene ningún problema hablando o peleando con alguien”, admite. Pero esto ha hecho

que la paciente sienta un temor más intenso cuando le toca enfrentarse sola a circunstancias en las que tiene que interactuar con otros.

Además, Mabel afirma que son muy poco los momentos en los que necesita salir sola de su casa para acudir a un evento en el que tiene que socializar con extraños y que, si tiene la oportunidad de escoger, el 99% de las veces responderá que no puede ir, a menos de que se trate de situaciones muy importantes en las que van a asistir algunos amigos cercanos.

Las relaciones amistosas que establecen las personas que padecen de ansiedad social suelen ser escasas y algunas de ellas se quedan en la superficialidad. Interactuar, comunicar y mantener cercanía íntima con otros individuos, lejanos a su círculo familiar, se convierte en un completo reto para quienes padecen de este temor difícil de controlar.

Sobre este punto, la paciente Dayana Quiaro comenta que durante su etapa escolar sólo pudo hacer dos amigas. Sin embargo, al cambiarse de colegio, la lejanía las separó y perdieron el contacto. Durante los dos últimos de su educación media la joven se mantuvo encerrada en su casa la mayor parte del tiempo, sin hacer ningún amigo nuevo. “El miedo a que los demás se burlarán afectaba mi vida al punto en el que no podía relacionarme con nadie”, revela.

Pese a eso, la actual cursante de estudios internacionales cuenta que después de visita a su segundo psicólogo pudo superar parte de ese temor que la mantenía encerrada. Aunque aún su capacidad para relacionarse con gente nueva por iniciativa propia sigue siendo muy limitada, ahora cuenta con un pequeño grupo de amigos en el que puede confiar y apoyarse en los momentos de debilidad.

Cabe destacar que un punto en el que coincidieron la mayoría de las pacientes, es que su desenvolvimiento es más favorable cuando se encuentran frente a grupos reducidos. De hecho, la ilustradora Mabel Escobar asegura que su temor disminuye considerablemente cuando tiene la posibilidad de interactuar con una persona a la vez, incluso en reuniones familiares.

No obstante, para el psiquiatra Danilo Martínez uno de los principales peligros que representa la ansiedad es que lleva al individuo a crear una imagen negativa de sí mismo que lo impulsa a menospreciarse. Cuando se hace referencia al ámbito de las relaciones sociales, quien padece el TAS, generalmente evita establecer cualquier vínculo profundo porque le teme al rechazo y el abandono. Es por eso que, en el caso de lograr hacer amigos o conseguir pareja, corren el riesgo de caer en la anulación de sí mismos para enaltecer la figura de la otra persona y evitar que los abandonen. “Yo me someto a humillaciones con tal de que tú no me dejes, me mantengo en ese constante evitar hacer algo que te disguste, y puedo caer en condiciones manipuladoras e incluso atentar contra mi propia vida para poder conservar al otro”, ejemplifica el psiquiatra.

La experiencia de Arantxa López es una muestra de ello, pues al llegar a un colegio nuevo en séptimo grado con la esperanza de ser más sociable, pensó que en el aula conseguiría el apoyo seguro de aquellas personas que habían estudiado con ella en el pasado. Sin embargo, al llegar el momento de hacer el primer trabajo grupal, López fue excluída quedándose sola en el medio del salón mientras la profesora daba las indicaciones de la actividad.

Luego de unos minutos, que parecieron eternos para ella, dos chicas se acercaron para ofrecerle la posibilidad de integrarse en su grupo de trabajo. “Realmente para mí fue terrible. Empecé a hablar con ellas, pero esa primera semana tenía miedo por el hecho de que era nueva y probablemente no le iba a caer bien. Su referencia iba a ser que el otro grupo me abandonó”, comenta.

Las semanas fueron pasando y la relación con sus nuevas amigas se hizo más sólida. Salían al recreo juntas, se sentaban una al lado de la otra en el salón y planeaban salidas grupales. Pero, a pesar de ello, Arantxa siempre se sintió como “la persona introvertida que es adoptada por las personas extrovertidas”. Ellas podían interactuar sin problema con el resto de las personas, mientras que López se mantenía callada y distante, actitud que generó algunas burlas.

Un año más tarde, la sensación de abandono volvió a afectar a Arantxa, ya que una estudiante nueva fue incluida en el pequeño grupo por sus dos amigas. Poco a poco las

salidas y los planes a los que Arantxa era invitada fueron disminuyendo, haciendo que se sintiera excluida por sus únicas amistades.

### III

#### Un contexto propicio para la ansiedad social

El TAS es un trastorno limitante que surge por factores de naturaleza individual. Hasta ahora los expertos han determinado que su origen puede estar relacionado con la crianza, la presencia de experiencias sociales traumáticas que han marcada la vida de la persona o razones genéticas. Sin embargo, una de los principales motivos de su empeoramiento tiene que ver con el desconocimiento que se tiene sobre esta y otras enfermedades mentales en sociedades como la venezolana.

Así lo afirma el psicólogo clínico Martín Villalobos al decir que “lamentablemente en el país hay una tendencia a que la salud mental sea la menos reportada. De los servicios de atención es una de las áreas a la que menos se le dedica dinero, recurso e investigación porque los locos no reclaman”.

Ciertamente, la falta de información difundida con respecto al estado, cuidado y atención de la salud mental es una de las principales fallas que se podría evidenciar en el país. Sobre todo si se considera que actualmente Venezuela se enfrenta a un contexto convulsionado a nivel económico, político y social, lo cual pone en peligro el alcance del bienestar pleno por parte de cada ciudadano.

Según el portal de *EFE: Agencia EFE*, en el 2005 la OMS realizó un estudio exhaustivo en el que evaluó la incidencia de los trastorno de depresión y ansiedad en el mundo entero. Al centrarse en Latinoamérica los resultados revelaron que para ese momento la población brasilera era la que más padecía de trastornos de ansiedad en la región con un 9,3%. Mientras que Venezuela, por su parte, tenía una prevalencia de apenas 4,2%, ocupando el séptimo puesto de la lista.

Dos años más tarde un estudio realizado a 155 países por la encuestadora estadounidense Gallup arrojó que el 57% de los venezolanos se consideraban felices. Cifra que llevó a Venezuela a obtener un reconocimiento en el *World Record Guinness* al ser calificado como el país más feliz del mundo.

No obstante, según la información rescatada del diario *El Nacional*, para el 2008 el Ministerio del Poder Popular para la Salud publicaría su último informe de *Memoria y cuenta* en el que se haría referencia a las principales enfermedades mentales que eran motivo de consulta psiquiatría en aquel momento, destacando entre ellas la ansiedad patológica como el primer problema de salud mental de la población.

<b>PATOLOGIAS</b>	<b>Total de personas</b>	<b>%</b>
Trastornos de ansiedad (Fobias, obsesivo-compulsivo; ansiedad generalizada y estrés)	42.466	23,80
Trastornos de personalidad	31.225	17,50
Disfunciones sexuales (disfunción eréctil, orgásmica, eyaculación precoz y bajo deseo sexual)	19.752	11,07
Déficit de atención	15.077	8,50
Depresión	12.312	6,90
Abuso de drogas	12.187	6,83
Trastorno mental orgánico	8.725	4,89
Trastorno psicótico	7.637	4,28
<b>Trastorno bipolar</b>	<b>6.513</b>	<b>3,65</b>
Trastorno de aprendizaje	5.799	3,25
Demencias	3.212	1,80
Epilepsia	2.320	1,30
Esquizofrenia	2.141	1,20
Retardo mental	1.088	0,61
Autismo	803	0,45

**Fuente: Laura Weffer Cifuentes, *El Nacional* (2010)**

Después de este año no hubo más información en materia de salud mental. En el 2013 el trabajo de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) denominado *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en la República Bolivariana de Venezuela utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS-IESM)* confirmó que el sistema de información nacional sobre problemas de Salud Mental era precario y que tampoco existían investigaciones sistemáticas relacionadas al área.

Sin embargo, la realidad venezolana siguió cambiando. Una economía con altos niveles de inflación, escasez de productos básicos y el aumento de la delincuencia desataron las protestas de calle en contra del gobierno en el 2014. Las personas avizoraban que este ambiente de tensión estaba afectando su bienestar pleno, pero para la fecha no existían cifras en salud mental que comprobaran el daño sufrido por la población.

En el 2015 el Ministerio de la Salud publicó un nuevo informe de *Memoria y cuenta* con cifras generales que mostraron la cantidad de consultas psicológicas y psiquiátricas registradas ese año en las redes de salud ambulatoria y hospitalaria. Allí se mostró que en Caracas se habían atendido 15.305 personas, lo que representaba un 0,73% de la población de la región.

Sin embargo, para el 2016 el psicólogo clínico Hernán Olivares publicó un artículo en el portal *El Columnero* en el que estimó que 8 de cada 10 venezolanos que sufrían de trastornos mentales no habían tenido acceso a información ni a ayuda profesional.

Frente a esta problemática, surgieron en Venezuela instituciones no gubernamentales comprometidas a brindarle asistencia psicológica a los pacientes que se encontraban padeciendo de algún trastorno o problema ligado a la salud mental. Entre ellas se destaca Psicólogos sin Frontera Venezuela, una organización independiente y sin fines de lucro que a través del contacto telefónico ofrece terapia psicosocial a las personas que están sufriendo de crisis o duelos.

No obstante, esta institución en conjunto con la Federación de Psicólogos de Venezuela informaron para del diario *El País* en el 2018 que las cifras de depresión y ansiedad se encontraban en números rojos, debido a los problemas políticos y económicos que desarticulaban el tejido social venezolano logrando el desequilibrio emocional del individuo.

Jenny Lozada, psicóloga clínica y operadora de uno de los servicios habilitados por la Federación, declaró para el mismo artículo que el 41% de las llamadas que se registraban anualmente provenían de personas que presentaban cuadros de ansiedad patológico. Y agregó que “con 67% de los contactos que llaman al servicio, los psicólogos deben hacer una intervención para estabilizar a la persona, una tarea que puede tomar hasta

una hora de conversación telefónica, y orientarla a algún servicio de ayuda presencial cercano y acorde a su posibilidad monetaria” (párr. 4).

A pesar de que no existen registros oficiales, los datos ofrecidos por las instituciones independientes concuerdan con los reportes realizados a nivel mundial sobre Venezuela. En el reciente estudio *World Happiness Report 2018*, realizado por expertos de las Naciones Unidas, el país fue ubicado en el puesto 102 de las 156 regiones evaluadas, convirtiéndose en una de las regiones más infelices de Latinoamérica.

Cabe destacar que para el desarrollo de este reportaje se acudió al Ministerio de la Salud para solicitar información sobre los registros actuales de las enfermedades mentales que predominan en el país. Sin embargo, no se recibió respuesta de José Manuel García, director del área de epidemiológica y encargado de llevar todas las estadísticas de la institución. Sobre los inconvenientes para tener acceso a cualquier tipo de cifras, los empleados de este departamento aseguraron, bajo el anonimato, que existen boletines recientes internos en donde se publican los datos que maneja el ministerio sobre la salud en Venezuela, pero el público general no tiene acceso a ellos.

Adicionalmente, se realizó una visita a la Federación de Psicólogos de Venezuela, entidad gremial representativa en el área que tampoco maneja información certera sobre el estado de la salud mental en el país. José Sánchez, psicólogo social e integrante de la organización, confirmó que “desde hace muchos años ni siquiera los profesionales manejan cifras oficiales sobre salud mental. Cada psicólogo o psiquiatra trabaja con su propio registro en consulta”. Además de esto, agregó que por la falta de información la federación se ha centrado durante los últimos años en la lucha por los derechos de los trabajadores y no en el desarrollo de investigaciones.

Este déficit de información afecta a los psicólogos y psiquiatras profesionales, quienes ven limitadas sus posibilidades de desarrollar estrategias adecuadas para tratar las enfermedades mentales que se presentan la región. Así lo afirma la psicóloga clínica Purificación Prieto al decir: “sin estadísticas no tengo una radiografía mental del país (...). No tengo elementos que me permiten dar un diagnóstico general, sólo mi consulta que es

nada, no es lo oficial. En este sentido la falta de cifras compromete la generación de propuestas de intervención mucho más eficientes en el caso de poblaciones particulares”.

Adicionalmente, la falta de información oficial obstaculiza el surgimiento de nuevos estudios que pretendan analizar más a fondo trastornos específicos y poco reconocidos a nivel nacional como la ansiedad social, con el fin de darlos a conocer y así fomentar la creación de campañas enfocadas en promover la salud mental. Esto quiere decir que, en estas circunstancias, las personas afectadas tienen menos probabilidades de detectar el problema y atacarlo cuanto antes.

En relación con esta falta de información, la paciente Arantxa López expone que a pesar de haber acudido a varias consultas psicológicas en la niñez nunca logró dar con el verdadero trasfondo de su problema, hasta que vio a un amigo hablando sobre la ansiedad social en redes sociales. No fue sino hasta principios del año en curso que, al acudir a un nuevo psicólogo, entendió que durante casi toda su vida había lidiado con el TAS.

Al igual que Arantxa, existen muchos venezolanos que constantemente sienten frustración cuando se les dificulta enfrentar una situación social que para otras personas resulta inofensiva y cotidiana. Pese a esto, y tomando en cuenta el análisis ofrecido por los expertos sobre las condiciones en las que se encuentra actualmente el país, el TAS podría mantenerse como un trastorno invisible por mucho tiempo, lo que evita que las personas sean capaces de reconocerlo, buscar la ayuda profesional que necesitan para superar el miedo que los abruma diariamente y mejorar su calidad de vida al ser capaces de desarrollar habilidades sociales que faciliten los procesos de interacción, adaptación y comunicación.

### **Políticas públicas entorno a la salud mental**

La salud es un requisito indispensable para lograr una buena calidad de vida. En función de ello, la Constitución Bolivariana de Venezuela de 1999 —vigente hasta el momento— en el artículo 83 compromete al Estado a asumir el área de la salud como un derecho que debe ser garantizado a partir de políticas públicas. “El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el

acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud” (art. 83).

Pero uno de los problemas fundamentales es que tanto en Venezuela como en otras partes del mundo, la prioridad se ha basado en el tratamiento de enfermedades físicas, dejando de lado la promoción del cuidado de la salud mental como elemento clave para lograr el bienestar pleno del ciudadano y el posterior desarrollo de una sociedad productiva.

Así lo refiere el psicólogo clínico Martín Villalobos al decir que “la salud mental no es solo la ausencia de enfermedad, es el bienestar, la capacidad de poder disfrutar y lograr la realización personal. Que alguien pueda sentir que esforzándose va a lograr sus metas porque tiene la posibilidad, están dados los conocimientos, va a poder conseguir un buen empleo y que con eso puede vivir. Pero para alguien que no se está desarrollando en ese contexto esa salud mental no es posible”.

La primera política de salud mental desarrollada en el país surgió en el 2010 a través de un proyecto, ofrecido por el ministerio encargado en conjunto con la sede nacional de la OPS, en el que se pretendía la creación de una Ley sobre Salud Mental. En esta legislación se incluía la estructuración de un sistema de atención especializada para tratar los diferentes trastornos. Sin embargo, luego de la última revisión realizada por la Asamblea Nacional en el 2011 no se supo más nada de este proyecto.

Para el 2013 el estado de salud mental en el país ya se encontraba en decadencia de acuerdo al *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en la República Bolivariana de Venezuela utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS-IESM)* elaborado por la OPS y la OMS. Hasta ese año a esta área solo se le dedicaba el 5% del presupuesto manejado por el ministerio correspondiente.

Existían 78 establecimientos ambulatorios que le brindaban atención a 833 usuarios por cada 100,000 habitantes de la población general lo que equivalía a un 0,83%. De esa cantidad el 55% eran mujeres, 9% niños y el 36% restante hombres. Partiendo de esas cifras se determinó que tan solo el 2% de las personas acudían a las consultas psicológicas y psiquiátricas por trastornos neuróticos, como la ansiedad y el estrés.

También se contabilizaron 11 hospitales psiquiátricos a nivel nacional que le brindaban atención médica a 4,1% de usuarios por cada 100,000 habitantes. Y de ellos tan solo el 4% asistía por ansiedad o estrés. A pesar de esto, la cantidad de camas en los hospitales habían disminuido en un 42% en relación con el 2009 y la variedad de medicamentos psicotrópicos disponibles se había reducido a uno o dos por cada centro.

Por su parte, ninguno de los ambulatorios contaba con medicamentos como antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos. Y tan solo del 21% al 50% de ellos ofrecían terapias psicosociales. En función de ello, el psiquiatra Antonio Pacheco, fundador del Colegio Venezolano de Neuropsicofarmacología, declara que en la materia de salud mental se ha apreciado un deterioro significativo desde hace aproximadamente 10 años, el cual ha afectado tanto a los pacientes como a sus familiares.

Pese a esto, en el 2015 el Ministerio de la Salud ofrecía en su informe de *Memoria y Cuenta* los logros de un proyecto denominado “Humanización de la atención en salud mental para la paz y la vida sana”, en el que se afirmaba que más de 7.000.000 de medicamentos psicotrópicos habían sido distribuidos a nivel nacional para fortalecer a los centros de atención psicológicas y psiquiátrica. Además, nueve establecimientos psiquiátricos de larga estancia habían sido subsidiados para asegurar la atención de pacientes con enfermedades mentales crónicas.

Al siguiente año, también se retomó el proyecto de la Ley de Salud Mental con el Plan nacional de Derechos Humanos 2016-2019 auspiciado por la OPS y la oficina regional de la OMS. En él se planteaba que las enfermedades mentales que más estaban afectando a la población venezolana en ese momento eran el alcoholismo, depresión, psicosis, epilepsia, demencia, consumo de drogas y trastornos de la infancia y la adolescencia.

Para enfrentarlos se pensaba incluir la salud mental en la atención primaria, aumentar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos y capacitar a todo el equipo médico para dar atención especializada a los pacientes en su cotidianidad, con el fin de lograr su efectiva recuperación.

“La Ley apunta fundamentalmente a que la Salud Mental se incluya como un área más de la atención de la salud. Toda persona tiene derecho a ser atendida en su comunidad e incluida activamente en su cotidianidad. Esto constituye un cambio de paradigma. Actualmente el trastorno mental se asume con vergüenza, temor, o terminar en un hospital psiquiátrico, lo que generalmente empeora la situación de la persona”, señala Hugo Cohen, psiquiatra y consultor internacional de la OMS, en el portal de la OPS.

No obstante, actualmente aún no se han evidenciados avances significativos en relación con esta ley. Por el contrario, los especialistas refieren que el estado de la salud mental se ha visto afectado por la crisis económica que arropa a todo el país.

“La situación general es que se aprecia un deterioro. Lo que uno oye de colegas en el interior del país es que los hospitales están realmente en muy mal estado La asistencia de pacientes ha decaído mucho, no existen medicamentos. Se vive aquí mismo en Caracas, resulta que uno no puede suministrarle nada al paciente porque no tiene medicinas”, comenta Claudia Marchionna, psicóloga clínica del Hospital Universitario de Caracas.

Esta afirmación es avalada por el reporte nacional *Emergencia humanitaria en Venezuela-Derecho a la salud*, publicado en 2018 y elaborado por una coalición de organizaciones no gubernamentales lideradas por Codevida. En el documento se hace referencia a que las políticas públicas implementadas por el Ministerio de Salud han sido débiles y por ello el número de consultas psiquiátricas en los hospitales públicos ha disminuido de 23.000 a 5.500 pacientes. Además, registraron que aproximadamente 3.500 pacientes internados por enfermedades mentales crónicas se vieron en la obligación de desalojar los centros por cuadros de desnutrición severa.

Según declara al diario *La Razón* en el 2016 Wadalberto Rodríguez, psiquiatra y ex presidente de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría, la principal preocupación que se genera en el gremio por la crisis de los medicamentos y hospitales es que los pacientes se están complicando, debido a que sus enfermedades no están siendo tratadas en la fase aguda y terminan cronificándose. Esto trastoca tanto la vida del individuo como la de toda su familia convirtiéndose en un “bola de nieve”.

El contexto adverso descrito, sumado a la falta de información e investigación en materia de salud mental, disminuyen las probabilidades que tienen los individuos para identificar si efectivamente están padeciendo de alguna patología mental que afecte su calidad de vida. Especialmente si se trata de trastornos tan específicos y poco conocidos en Venezuela como la ansiedad social.

Frente a esta problemática uno de planteamientos presentados en el 2010 por el Ministerio de Salud fue la realización de campañas para promover la salud mental por medio de talleres, reuniones, cursos y capacitaciones dirigidos a la población general. Además, se creó un organismo de coordinación y supervisión para garantizar que esta concientización se hiciera también desde las aulas de clase.

Sin embargo, en el informe de *Memoria y cuenta* del 2015, se hizo un balance de los programas de educación impartidos a través de las redes ambulatorias y, al menos en el Distrito Capital, la salud mental no se presentó entre las categorías abordadas.

Sobre este tema, el psicólogo Martín Villalobos afirma que las políticas públicas tienen que ser basadas en datos y dirigidas por el Estado para que continúen a pesar de los cambios de gobierno y se puedan evidenciar sus resultados. “Aquí no tenemos políticas públicas, todo el que llega inventa. ¿Dónde están los datos que le digan qué tenemos? No puedes planificar si no tienes datos, porque ¿cómo evaluas la eficacia de un programa de salud mental o de cualquier otra cosa si no tienes un registro estadístico?”

### **El estigma social: la otra cara de la moneda**

Si bien los problemas que afectan el contexto venezolano y la desinformación influyen en el deterioro de la salud mental de la población, existe un tercer elemento que fomenta el desarrollo de trastornos silenciosos como la ansiedad social, debido a que lleva a las personas a resistirse a la idea de asistir a centros especializados en busca de ayuda psicológica incluso cuando el progresivo deterioro de su salud mental compromete seriamente su calidad de vida. Este elemento es el estigma social, el cual hace que el sujeto que padece de un trastorno mental sea señalado y catalogado de manera negativa.

En relación con este punto, el psicólogo español Domingo Díaz afirma para el diario *El País* en el 2007 que “gran parte del sufrimiento que padecen estas personas tiene su origen en el rechazo, la marginación y el desprecio social que tienen que soportar, y no en la enfermedad en sí misma” (párr. 1).

En el caso específico de Venezuela, este prejuicio cultural está sesgado por el desconocimiento generalizado que afecta a la población debido a que no existen campañas informativas efectivas creadas para promover el cuidado de la salud mental como elemento fundamental para lograr el bienestar. Esto hace que muchos de los potenciales pacientes se mantengan alejados de una posible recuperación, ya que temen sentirse excluidos por el simple hecho de asistir a una consulta psicológica o psiquiátrica.

Para la psicóloga clínica Patricia Valderrama es evidente que la salud mental y su tratamiento sigue siendo un tema tabú. “Es doble moral porque todo el mundo dice ‘la salud mental, la salud mental, la salud mental’ pero entonces si estás deprimido no lo dices, sino que lo ocultas. O vas para psicólogo y dices que fuiste a cualquier otro médico y no al psicólogo. Está ese estigma social que si yo estoy atendiendo mi salud mental es porque estoy muy mal o no pude solo”, explica la psicóloga.

Además de esto, agrega que, en el caso de la ansiedad social, la persona sufre mucho e innecesariamente debido a que cree que es su obligación superar el problema por sí solo, pensamiento que es bastante frecuente cuando el paciente afectado es hombre. Pero superar este trastorno sin ayuda profesional resulta extremadamente difícil, ya que está ligado a un elemento inconsciente que activa automáticamente la sensación de temor frente a las situaciones de exposición pública y la anticipación de evaluación negativa. Es por ello que Valderrama recalca la importancia de buscar ayuda profesional temprana que le pueda ofrecer al paciente terapias que le den las herramientas necesarias para superar sus problemas y poder vivir con mayor tranquilidad.

Si bien el estigma social que rodea el cuidado de la salud mental es un problema que existe desde hace muchos años, el psiquiatra Antonio Pacheco opina que la cultura popular sobre el cuidado de esta área de la salud ha ido cambiando y que las nuevas generaciones ven con mayor naturalidad la necesidad de acudir a un psicólogo, especialmente la población

de clase media que cuenta con un nivel educativo alto. No obstante, también asegura que “todavía el estigma sigue siendo muy amplio, sobre todo en los niveles culturales más bajos”.

De hecho, la prevalencia de estigma tuvo un efecto en Estefany Pérez por mucho tiempo, quien comentó que antes no se atrevía a visitar a un psicólogo por miedo a ser criticada y señalada, a pesar de que esa dificultad para socializar y actuar frente a otros ha limitado su crecimiento en distintas áreas. “Mis logros no son lo suficientemente grandes ni tampoco estoy tan orgulloso de ellos. Este problema de alguna manera que me cierra un poquito las puertas”, señala.

## IV

### Consecuencias del trastorno

Si bien es cierto que el miedo que sienten las personas que sufren de ansiedad social puede parecer muy común e incluso inofensivo para aquellos que no padecen este trastorno, precisamente por la clase de situaciones que lo detonan —como presentaciones de trabajo importantes frente a figuras de autoridad o actuaciones de cualquier tipo en un auditorio repleto de espectadores—, los síntomas que caracterizan este tipo de ansiedad suelen ser tan intensos y recurrentes que inevitablemente afectan la calidad de vida del individuo, comprometiendo su bienestar.

La manera cómo responden quienes son víctimas de este miedo varía dependiendo de su personalidad, experiencias, cantidad de situaciones sociales que detonan la ansiedad e intensidad y frecuencia con la que se presentan los síntomas. Así lo expone el psicólogo Martín Villalobos, quien además indica que aquellos que no buscan ayuda profesional para tratar este trastorno, suelen recurrir a dos alternativas: enfrentar la situación que les genera incomodidad sintiendo un gran malestar o simplemente evitar a toda costa lo que les genera incomodidad.

#### **Huyendo del malestar**

Si bien es cierto que el DSM-IV expone que “de forma característica, el individuo con fobia social evitará las situaciones temidas. Con menos frecuencia, se obligará a sí mismo a soportar estas situaciones, aunque a costa de una intensa ansiedad” (1994, p. 422), la psicoanalista María José Fernández resalta en su artículo *Fobia sociales, psicopatología, génesis y tratamiento* (2006) que la evitación representa una forma grave y generalizada del trastorno de ansiedad social, pues en muchos casos esto significa que para el paciente la situación social en cuestión resulta tan desagradable, que simplemente prefiere evadirla por completo.

Esta tendencia a evadir ciertos lugares y situaciones para contrarrestar la sensación de incomodidad es algo que forma parte de la vida de Mabel Escobar, quien relata que hizo todo lo posible para mantenerse alejada de su colegio luego de experimentar un momento

de mucha ansiedad al recibir su título de bachiller a los 17 años. “Yo recuerdo que cuando me gradué del liceo fue la primera vez que tuve que estar en un escenario frente a un gentío y rompí a llorar”, revela.

Una versión más joven de Mabel se encontraba haciendo la fila junto a sus compañeros de clases para subir las escaleras que conducen al escenario. Su familia se había acomodado en las sillas del auditorio esperando verla recibir su título. En ese instante Mabel sólo se sentía aburrida por la cantidad de tiempo que tenía que pasar en ese lugar escuchando largos discursos y lidiando con el protocolo, sin embargo, las cosas cambiaron cuando dijeron su nombre por el micrófono y llegó su turno de subir.

Unos cuantos pasos la situaron frente al numeroso público integrado por alumnos, profesores y familiares. Fue entonces cuando comenzó a sentirse tan ansiosa por la mirada de las personas presentes que, para la sorpresa de todos, incluyéndose, comenzó a llorar. Aunque se sentía desorientada por su sorpresiva reacción y la idea de que no podía moverse inundaba su mente, Mabel logró caminar hacia la mesa donde se encontraban sus profesores, tomó su título con el rostro lleno de lágrimas y siguió de largo sin mirar atrás. “No pude pisar esa escuela otra vez por lo menos en diez años. Simplemente no podía”, confiesa.

Además de los recuerdos podían surgir al estar tan cerca de un lugar en el que vivió un hecho traumático, lo que impedía que Mabel estuviera dispuesta a regresar tenía que ver con la idea de reencontrarse con las personas que la vieron llorar en medio de aquel escenario. En el fondo no quería enfrentarse a sus miradas de la misma manera que tuvo que hacerlo al recibir su título. “Simplemente no me gusta que la gente me vea. No es que no pueda hacerlo; puedo hacerlo, pero sólo si estoy mentalmente preparada. En ese momento simplemente no lo estaba”, explica.

Profundizando un poco más en esta idea, la ilustradora señala que, cuando está obligada a presentarse frente a otras personas, práctica una y otra vez lo que planea hacer para que todo sea mucho más fácil y menos aterrador a la hora de actuar. “Yo puedo hacer una exposición en clases sin ningún problema si me das suficiente tiempo para prepararme. Practico bastante de manera que yo pueda tener el control, pero en ese caso también era la

primera vez que yo estaba en un escenario frente a tanta gente. Lo que me imagino es que no había considerado lo que podía significar para mí”, reflexiona finalmente.

Tomando en cuenta casos de este estilo, la psicóloga Patricia Valderrama hace hincapié en el hecho de que resulta muy difícil lidiar con la ansiedad social cuando no se cuenta con la ayuda de algún experto en salud mental, pues la persona se vuelve cada vez más propensa a aislarse y desarrollar pensamientos irracionales con respecto a su exposición en los entornos que frecuenta, ya que no sabe cómo dismantelar la sensación de que es constantemente observado y juzgado negativamente. “Mucha gente vive con eso, lidiando con esa permanente exposición pública y teniendo que pasar por el trago amargo constante”, agrega.

Es importante resaltar que, si bien es cierto que aquellos que padecen de ansiedad social se sienten abrumados incluso en circunstancias cotidianas donde no son el centro de atención, los síntomas suelen empeorar de forma notoria cuando las miradas están puestas realmente sobre ellos, lo que aumenta las probabilidades de que la interacción sea recordada como una experiencia traumática.

Al hablar de este tipo de experiencias, Estefany Pérez recuerda con especial detalle y tristeza un momento que para muchas adolescentes en Latinoamérica es crucial: la celebración de los quince años. En su caso, se trató de una sorpresa que la hizo sentir extremadamente nerviosa, sobre todo cuando llegó la hora de presentarse frente a los invitados. “En mis quince años la pasé malísimo. Yo sé que hice sentir mal a mi mamá porque yo no quería una fiesta. Mi mamá lo hizo con la mejor intención del mundo, pero yo me sentía tan mal que no quise bailar el vals, me quité el vestido y mi mamá terminó llorando. Fue un desastre”, relata.

Si bien la madre de Estefany estuvo involucrada en la organización de la fiesta, fue su tía quien tuvo la iniciativa. Ambas pensaron que le darían una grata sorpresa a la joven al revelarle sus planes un par de días antes de su cumpleaños. Pero Estefany estaba bastante lejos de sentirse complacida, pues la idea de ser el centro de atención durante un par de horas le generaba mucho malestar. “No sabía que ellas iban a hacer algo. Prácticamente lo

pasaron debajo de la mesa. Si ellas me hubiesen dicho quizás yo las hubiera frenado, pero cuando me enteré ya no había nada que hacer. Ya todo el mundo estaba invitado”, explica.

En un intento por evitar lastimar a su madre y a su tía, Estefany no expresó abiertamente sus preocupaciones e incomodidad con respecto a la fiesta y accedió a probarse un vestido que había sido de su madre para usarlo en su cumpleaños. Asimismo, se limitó a ver cómo traían luces, toldos, globos, comida, botellas de whiskey y una torta para la celebración. Mientras tanto, trataba de mentalizarse para todo lo que iba a suceder con la esperanza de que eso la ayudara a sobrellevar mejor la situación.

“En ese momento dije ‘yo lo voy a manejar. Esto solo van a ser unas cuantas horas’. Pero cuando tenía a la gente en la casa, yo dije ‘!ay, no! ¡Qué horrible!’ De pana, el vals... Si hubiera bailado el vals me hubiera quebrado ahí mismo. No, no, no, no quiero más. No quiero fotos, no quiero nada”, recuerda.

Justo después de que los mariachis terminaron de tocar para ella, Estefany se sintió tan incómoda y abrumada al ser el centro de atención, que decidió huir sin bailar el vals. “Mi mamá se quedó con la pista sola y yo arriba encerrada en el cuarto. Yo no quise saber nada de nada”, asegura. A pesar de lo mal que se sentía al estar consciente de que todas esas personas estaban ahí para verla, la estudiante considera que hubiera podido soportar toda la fiesta si las dos únicas amigas que tenía en ese entonces hubieran podido asistir. “La cuestión se planeó en tres días. No hubo manera de decirles a ellas con tiempo para que vinieran. Ya tenían sus planes, y estaban en otros lugares”, señala.

Es precisamente esta necesidad de huir de situaciones sociales uno de los rasgos más significativos del trastorno, sobre todo cuando la manera de hacerlo resulta insólita. Es por eso que la psicóloga Valderrama recalca que la evitación es uno de los primeros indicios que arroja una persona que sufre de ansiedad social.

En el caso de Dayana Quiaro, la estudiante no sólo evita utilizar el metro por la gran ansiedad que le genera, sino que también evade muchos eventos y lugares que suelen ser especialmente atractivos para las personas de su edad. La estudiante de 21 años expresa que no le gustan las fiestas y discotecas porque estar rodeada de tantas personas desconocidas la hace sentir agobiada y extremadamente incómoda. “El ‘bululú’ no me gusta, pero puedo ir

a reuniones con amigos cercanos. No puedo ir a conciertos, por el conjunto de todo. Es la música alta, es la gente y es el espacio”, indica.

“Durante la adolescencia (llamó adolescencia hasta los 24 y 25 años de edad) estás en un momento de estimulación y al aislarte de esa estimulación social muchas zonas comienzan a atrofiarse”, explica la psicóloga clínica Purificación Prieto sobre cómo afecta el desarrollo del cerebro el evitar de manera constante la participación en contextos sociales. De hecho, señala que en casos donde la exposición a situaciones sociales ha sido bastante limitada, la zona cortical de la corteza cerebral, que está asociada con lo social y el lenguaje, tiende a ser más pequeña. Esto se traduce en dificultades para relacionarse con otras personas y desenvolverse con naturalidad en público, sobre todo cuando se es el centro de atención.

Esta falta de soltura es un elemento que muchas veces lleva a Mabel a rechazar muchas oportunidades de interactuar con otras personas y establecer un vínculo significativo con ellas. Con respecto a esto, la ilustradora de 33 años relata que en la actualidad evita a toda costa comprar en un mercado que antes frecuentaba con su madre porque justo frente al lugar trabaja la persona que se hace poco se encargó de aplicarle una prueba de manejo. “Ahora cada vez que hacemos mercado yo le pregunto a mi mamá si podemos ir a cualquier lado menos a ese, porque esa mujer siempre va a estar ahí y me va a saludar con familiaridad y yo no quiero ser familiar con ella”, admite.

Mabel expone que la resistencia que ofrece ante este tipo de encuentros no tiene que ver necesariamente con la simpatía que puede llegar a sentir o no por las personas involucradas, sino que es una consecuencia de la incomodidad que le genera interactuar con extraños o personas a las que conoce de una manera superficial. “Yo no me llevé mal con ella, pero la idea de entrar todos los días al mercado y decir ‘Hola, buenos días’, o algo más que eso... No sé, no quiero. Prefiero no ir a ese mercado más nunca”, comenta.

### **La ansiedad social y sus limitaciones**

El psiquiatra Antonio Pacheco destaca que, cuando la ansiedad social no es tratada, puede afectar de forma notoria el desempeño del individuo en el ámbito académico y el laboral, pues el miedo que siente ante la idea de relacionarse y ser evaluado negativamente

tiende a entorpecer y volver desagradable las interacciones que puede llegar a tener con sus compañeros y las figuras de autoridad propias de cada ámbito.

“La mayoría de las personas con esta patología no tienen un nivel de desenvolvimiento educacional exitoso y tampoco en el campo laboral. Entonces son personas que, no solamente tienen el problema de la autoestima, sino que también producen poco y son dependientes de otros. Es decir, el trastorno les quita la capacidad de tener independencia económica o depender de un éxito laboral”, afirma el psiquiatra.

Al reflexionar sobre su experiencia en el campo laboral, Arantxa López comenta que se resiste a buscar un nuevo empleo porque en el que se encuentra actualmente se siente cómoda, ya que su grupo de trabajo está conformado por estudiantes y profesores a los que conoció en el transcurso de su carrera universitaria. Para ella, la idea de comenzar desde cero en un lugar distinto, donde no conoce a nadie, le genera mucha ansiedad, pues tiene la impresión de que será incapaz de cumplir con las expectativas de sus superiores a la hora de realizar las tareas asignadas.

Dicho esto, Arantxa resalta que esto no significa que se sienta completamente a gusto en su trabajo actual, ya que el trato frecuente con sus compañeros no ha impedido que se cohíba en algunas ocasiones a la hora de dar a conocer su opinión. “En la oficina justamente trato de no intervenir mucho porque no quisiera que en algún momento digan ‘mira, pero es que esa idea no está muy buena’”, admite.

Este miedo a expresarse y mostrar las habilidades con las que se cuenta es algo que también ha marcado la experiencia laboral de Estefany Pérez, quien considera que padecer de ansiedad social no le ha permitido crecer adecuadamente en este ámbito. Afirma que se siente limitada por el temor a llamar la atención, es por eso que suele ocultar sus habilidades y logros, aun sabiendo que esta conducta puede representar un obstáculo a la hora de buscar un trabajo que se ajuste a sus aspiraciones y expectativas.

“La gente no conoce lo que yo hago y creo que a lo mejor pensarán que no sé nada, que no estoy en capacidades de nada. Entonces eso de alguna manera me cierra un poquito las puertas, ¿no?”, comenta. Sobre esta situación añade que, si bien en algunos casos pone

en práctica sus habilidades con el objetivo de hacer un buen trabajo tanto en el ámbito académico y laboral, siempre se esfuerza por pasar desapercibida.

“A mí generalmente no me gusta estar al frente de las cosas, siempre estoy atrás. Cuando hay trabajos en equipo trato de ponerme igual o detrás de otras personas. No me gusta sobresalir, prefiero que el crédito se lo lleve otro, así yo haya hecho la mayor parte”, concluye.

### **Cronificación de la ansiedad y su relación con otros trastornos**

De la misma manera que ocurre con otras enfermedades, el trastorno de ansiedad social puede agravarse hasta el punto en el que limita la vida del paciente por muchos años, es decir, se vuelve crónico. Sobre este hecho Adriana Paz, psicóloga y profesora de la Universidad Central de Venezuela, explica que en estas circunstancias se corre el peligro de que el gran malestar que siente el individuo lo lleve al aislamiento y, como consecuencia, la ansiedad comience a presentarse como una fobia.

La psicóloga explica que, en estos casos, el paciente requiere de un acompañante a la hora de salir de su hogar y que sólo se cree capaz de vincularse en lugares conocidos donde se siente seguro, protegido y en control de la situación. Como lo indica el psicólogo Arturo Bados, si bien la ansiedad social implica alejarse de situaciones sociales como consecuencia del miedo, cuando se convierte en fobia el impacto que tiene sobre la vida del individuo es mucho mayor, ya que el malestar es clínicamente significativo, paralizante y muy difícil de tolerar.

Teniendo presente esta situación, los psicólogos P.J. Rodríguez y E.R. Hernández en su trabajo *Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia* (2017) hacen hincapié en la importancia que tiene la detección temprana del problema, ya que esto disminuye notablemente las probabilidades de que se desarrollen nuevos trastornos ligados al TAS y que se presente la cronificación de un cuadro clínico. Además de esto, señalan que los trastornos mentales en la adolescencia incrementan el consumo de recursos sanitarios y servicios sociales, jurídicos o educativos cuando no son detectados a tiempo.

Sin embargo, el psiquiatra Antonio Pacheco explica que la comorbilidad es prácticamente una norma cuando el paciente ya presenta una fobia social. “Se inicia con una fobia social y después se desencadena la depresión, el consumo de sustancias, el trastorno de pánico o la agorafobia”, advierte. Es por ello que Pacheco expresa que lo ideal es detectar el desarrollo de la ansiedad social en edad escolar, aunque resulte complicado gracias al hecho de que este es un trastorno que suele pasar desapercibido.

Es crucial destacar que el autoestima es uno de los aspectos que más se ve afectado por la ansiedad social, pues el sujeto lidia constantemente con la sensación de que no es capaz de adaptarse a los distintos contextos que se le presentan, lo que incrementa sus inseguridades y el miedo a ser rechazado por quienes lo rodean. “Casi todos los trastornos de ansiedad terminan complicándose en depresión por esto. Porque la persona cae en consciencia que es visto como un mediocre, como una persona que no tiene logros y que está por debajo”, asegura el psicólogo Danilo Martínez.

Este tipo de inseguridades resultan familiares para Dayana Quiaro, quien lucha constantemente con pensamientos negativos que distorsionan la percepción que tiene de sí misma. A pesar de obtener buenas calificaciones en el ámbito académico, haber acumulado triunfos participando en competencias de debate y haberse convertido en delegada en un Modelo de Naciones Unidas, la alumna de Estudios Internacionales confiesa que acostumbra a pensar que su trabajo en esta clase de circunstancias nunca es lo suficientemente bueno, y que por eso muy pocas veces merece ser reconocido.

No obstante, señala que el apoyo de sus amigos la ha ayudado a combatir los pensamientos negativos propios de la depresión que antes la abrumaban y a disminuir su necesidad de huir de las personas y las situaciones nuevas que están fuera de su zona de confort. Aunque siente que no ha dejado de verse a sí misma como una persona ansiosa que acostumbra a pensar que todo va a salir mal, afirma que estar consciente de sus problemas la ha ayudado a progresar. “Siento que hago el esfuerzo por pasar más allá de eso. No me detengo por los pensamientos negativos, sino que igual lo intento”, añade.

Además de los problemas de autoestima, otra complicación que puede derivar de la ansiedad social es el consumo de sustancias ansiolíticas. Como lo indica el psicólogo

Martínez, esto abarca tanto las de prescripción como las de no prescripción. “A veces el alcohol también entra allí, dado que tiene un efecto ansiolítico de baja dosis”, agrega el especialista. Es muy común que el consumo de esta última sustancia sea vista como una opción válida a la hora de enfrentar el miedo generado por la ansiedad, ya que las bebidas alcohólicas con frecuencia están presentes en muchas situaciones y eventos sociales que suelen incomodar a aquellos que padecen del TAS.

Aunque Estefany Pérez confiesa que no disfruta las bebidas alcohólicas, ha recurrido a este tipo de sustancia en distintas ocasiones para mitigar los síntomas de la ansiedad. “La única razón por la que tomo alcohol en reuniones sociales es si yo quiero manejarme mejor”, revela. La futura comunicadora recuerda con detalle que optó por esta opción en el momento que decidió confesarle lo que sentía a su actual pareja en una carta de seis páginas. “Duré como dos horas desahogándome. Lo mandé sin pensarlo. Estaba medio borrachita”, admite finalmente entre risas.

Por otra parte, es importante mencionar la complicación más temida y peligrosa del TAS: el impulso suicida. “Muchos pacientes con fobia social tienen ideas de suicidio y muchos llegan a hacerlo si se complican con cuadros depresivos y el consumo de alcohol. Es una especie de bomba de tiempo. Mientras la patología es más complicada y más crónica, las posibilidades de suicidio son más elevadas”, alerta el psiquiatra Antonio Pacheco.

### **Consecuencias sociales en Venezuela y el mundo**

A pesar de que organismos de gran relevancia como la Organización Mundial de la Salud se han preocupado por publicar con el paso de los años investigaciones y trabajos en los que se expone la importancia del bienestar mental, a lo largo de la historia las ciencias de la salud han centrado su atención en el estudio de las afecciones de tipo físicas, es decir, enfermedades que puedan medirse, diagnosticarse y tratarse de forma empírica. Esto ha traído como consecuencia un aumento significativo del número de personas que sufren debido al padecimiento de algún trastorno mental y que se sienten incomprendidas porque no son capaces de reconocer los síntomas que guardan relación con su malestar y la forma adecuada de aliviarlo.

Como lo indica la OMS (2004), “esta carga creciente implica un costo enorme en términos de sufrimiento, discapacidad y miseria” (p. 8), puesto que la mente es la encargada de dominar el resto de las funciones del cuerpo humano, incluyendo su capacidad de sentirse bien y desarrollarse socialmente.

Tomando en cuenta esto, es importante tener presente algunas de las circunstancias que se encuentran estrechamente asociadas a la mala salud mental en las comunidades del mundo según lo planteado por la OMS en su informe *Salud Mental: Fortalecer nuestra propuesta*. Entre ellas destacan los cambios sociales rápidos, condiciones de trabajo estresantes, exclusión social, discriminación de género, mala salud física, riesgos de violencia y violaciones a los derechos humanos.

Cuando se producen situaciones de esta naturaleza, la presencia de trastornos mentales en la población aumenta, lo que tienen un impacto económico amplio, duradero y significativo que afecta la calidad de vida de los individuos, familias y comunidades, según lo expuesto por la organización en *Prevención de trastornos mentales* (2014).

“Los familiares se estresan y suman nuevas patologías, tienen crisis de ansiedad, ataques de pánico, depresión, consumen drogas, alcohol o tabaco. Esto es como una bola de nieve, no es un problema puntual, sino colectivo, de salud pública”, declara la psicóloga clínica Rosemary Rodríguez al diario La Razón en el 2016. A su vez, Rodríguez señala lo decisivo que resulta entender que los pacientes que presentan alguna patología mental no se encuentran aislados, sino que afectan negativamente su entorno al no ser tratados, enfermándolo como consecuencia.

En el caso específico de la ansiedad social, la psicóloga Adriana Paz advierte que, en sociedades como la venezolana donde no se invierte en políticas públicas enfocadas en el mejora de la salud mental, los elementos de la ansiedad se están convirtiendo en fóbicos, lo que fomenta el deterioro de los vínculos sociales que conectan a los miembros de esta sociedad.

Paz a su vez plantea que el pensamiento negativo que caracteriza al ansioso se ha esparcido por la sociedad venezolana como consecuencia la inflación, la crisis de los

servicios y otros elementos que incrementan la desesperanza y potencian la aparición de trastornos de ansiedad relacionados con la depresión.

Tomando en cuenta su larga experiencia como psicóloga y docente, Paz relata que en los últimos años ha recibido muchos pacientes en Venezuela con ansiedad que se han ido encerrando en sí mismos por el miedo que les genera el contexto que los rodea. “Se va limitando el espacio de la vida cotidiana y hay pacientes que huyen porque dicen que no pueden con eso. Madres o hijos que operativamente no pueden ejecutar sus tareas porque la sensación de desamparo y de incertidumbre es muy intensa”, comenta.

Además de esto, la psicóloga agrega que la irritabilidad, la frustración, y el no tolerar absolutamente nada del ambiente hasta que se genere un contexto diferente, son reacciones unen para formar una repuesta de agresividad masiva, lo que hace que el trastorno de ansiedad se vaya concatenando con otros aspectos, dejando de estar vinculado solamente a algo clínico para convertirse en algo que tiene como base la impotencia social.

### **Necesidad de reconocer el trastorno**

Al igual que muchas enfermedades físicas y otros trastornos mentales, la ansiedad social es un padecimiento que puede ser detectado y controlado si la persona recibe ayuda profesional adecuada. No obstante, como lo reitera el psiquiatra Antonio Pacheco, es difícil que esto ocurra en países como Venezuela, donde el tema de la salud mental está estigmatizado y no suele ser inculcado como algo prioritario.

En un contexto como el descrito anteriormente no resulta sorpresivo descubrir que un trastorno comúnmente confundido con timidez como la ansiedad social se encuentra silente, aun cuando afecta a tantas personas en el mundo desde la niñez y la adolescencia y es capaz de llevar al individuo a aislarse y privarse del contacto con el exterior como consecuencia del deterioro de sus habilidades sociales, lo que compromete de manera significativa su calidad de vida.

Si bien es cierto que las técnicas de relajación y visualización que se pueden conseguir en manuales orientados al cuidado de la salud mental pueden ayudar a pacientes con este tipo de ansiedad, el psiquiatra Danilo Martínez recalca que superar este trastorno

sin recibir asistencia profesional resulta complicado, sobre todo porque los tratamientos más efectivos, como la psicoterapia, ameritan la intervención de un experto en psiquiatría o psicología.

No obstante, el psicólogo Martín Villalobos aclara que, aunque es innegable que los psicólogos y los psiquiatras juegan un papel fundamental en la recuperación de los pacientes, no hay que ignorar que la persona que recibe la terapia es quien debe aplicar todas las recomendaciones hechas por el especialista, así como analizar la información que sale a relucir durante las consultas sobre su vida, ya que esta puede servirle a la hora de superar sus problemas.

“Uno tiene que educar al paciente y darle a entender que no sólo la psicología puede con todo, que hay otros elementos. La calidad de vida que lleva, las expectativas, cómo come, cómo duerme, su historia, el contexto social. Debe tomar nivel de conciencia de lo que le está pasando”, señala el psicólogo.

Además de esto, Villalobos destaca que “nadie cambia si no se da cuenta de que él es parte del problema y es el único que puede cambiar. Estar consciente de que se tiene un problema y buscar ayuda especializada. También la no especializada y que es asequible. Hay cosas que la vida te está brindando y también tienes que sacar provecho de alguna manera”.

Desarrollando esta misma idea, la psicóloga Purificación Prieto reflexiona que el inicio de toda recuperación del tipo psicológica debe comenzar con la persona siendo capaz de reconocer el problema e identificar cuáles son las emociones que acompañan su conducta habitual. “Yo estoy consolidando un concepto en el cual hablo de la higiene emocional, y ésta inicia con el vocabulario emocional en donde yo logro identificar exactamente cuál es la emoción que siento, porque muchas veces tenemos personas muy confundidas que dicen ‘estoy mal pero no sé si tengo rabia, tristeza o miedo’”, expone.

## **Cómo superar la ansiedad social**

Al describir la ansiedad social se hace evidente que se trata de un trastorno significativo, cuyo desconocimiento puede llegar a afectar el desarrollo del individuo y comprometer la calidad de vida de toda una sociedad. Sin embargo, es necesario recalcar que para la persona que padece esta condición no todo el panorama es negativo. Las investigaciones realizadas a nivel mundial en relación con el TAS han arrojado técnicas, métodos y tratamiento que le permiten al ansioso desarrollar habilidades sociales para mejorar sus posibilidades de adaptación e interacción en los diferentes contextos.

A pesar de ello, el primer paso para lograr la superación de este trastorno viene de la mano de la divulgación de información pertinente que le permita a la población comprender las dimensiones del problema, facilitar la detección del mismo y, posteriormente, recurrir a las estrategias adecuadas para superarlo.

### **Estrategias de afrontamiento**

Partiendo de los estudios realizados por distintos expertos en los últimas décadas sobre el tratamiento de la ansiedad social, Carolina Báez Velasco menciona en el artículo *Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social* (2007) que una de las opciones más utilizadas para tratar este trastorno consiste en la intervención cognitivo conductual.

Sobre este tipo de terapia, Rafael Safir (2014) explica en su trabajo *Fobia social, un acercamiento psicológico desde lo cognitivo-conductual* que, cuando se trata de tratamientos conductuales, los catalogados como más eficaces por los expertos son las técnicas de contra-condicionamiento (principalmente técnicas de relajación), el entrenamiento en habilidades sociales y la confrontación del estímulo fóbico (donde destaca la exposición como técnica de mayor eficacia).

En el caso de la terapia de exposición, Carolina Báez explica que este método parte de la suposición de que el TAS existe como una respuesta aprendida, lo que significa que, al exponer al sujeto a la situación temida (real o imaginaria) de manera progresiva, es posible cambiar este aprendizaje hasta el punto en el que la persona se habitúa a la

situación, haciendo que el nivel de ansiedad experimentado al enfrentarla sea mucho más tolerable.

“Es un poco abordar ese tema traumático y generar nuevas asociaciones cognitivas para que la persona pueda percibir esos eventos, no como amenazas, sino como oportunidades”, comenta la psicóloga Patricia Valderrama. Dicho esto, aclara que el problema de fondo con la ansiedad es que es real o simbólica, es decir, que alguna vez se presentó en la vida del individuo como una amenaza, pero luego se convirtió en algo simbólico. “Yo le di ese carácter de amenaza a esa situación y ahora de sólo imaginármela empiezo con la sudoración y el sufrimiento o el drama, porque estoy imaginando que algo malo me va a pasar”, explica sobre la forma como el trauma afecta al paciente.

Siguiendo con este punto, Elia Roca expone en su artículo *Tratamiento de la fobia social* (s.f) que la exposición a la situación temida como tratamiento se debe practicar primeramente en forma de ensayos de conducta en presencia de los terapeutas en un lugar seguro donde no puedan surgir las consecuencias negativas imaginadas por el sujeto. Luego, de forma gradual, la exposición será asignada como tareas para la casa. Roca señala que esto contribuye a disminuir e incluso eliminar por completo el temor generado por los estímulos, de manera que el sujeto puede comenzar a aplicar en su día a día las conductas que antes le generaban ansiedad.

Aunque con esta técnica se pueden obtener buenos resultados, Roca aclara que en muchos casos puede ser insuficiente, por lo que es posible aplicar otro tipo de tratamiento para potenciar la exposición. Una opción es la reestructuración cognitiva, que según Báez se basa en el supuesto de que el TAS es producto de “creencias desadaptativas acerca de sí mismo y de los demás, que son muchas veces adquiridas tempranamente” (párr. 20).

Esta técnica busca ayudar al paciente a cambiar estas creencias para que pueda experimentar una visión más realista del mundo. Según Roca, esto lo logra interrumpiendo los pensamientos negativos previos de humillación o fracaso, para luego sustituirlos por “interpretaciones más positivas y adaptativas, basándose en el análisis lógico y en las evidencias empíricas (pruebas de la realidad)” (p. 3). Asimismo, la autora indica que la reestructuración cognitiva logra reducir la tendencia a fijar metas perfeccionistas y poco

realistas, además de hacer que el paciente sea menos propenso a restarle valor a los logros alcanzados con ayuda de la terapia.

Otra técnica utilizada para tratar el trastorno de ansiedad social es el entrenamiento en relajación. Báez indica que el mismo consiste en enseñarle al paciente a identificar rápidamente la aparición de la ansiedad para que así pueda poner en práctica de manera inmediata ejercicios de relajación que le permitan reducir la intensidad de los síntomas que se producen como respuesta a situaciones que le generan ansiedad. Este entrenamiento abarca ejercicios de respiración y técnicas de relajación muscular.

A las técnicas mencionadas anteriormente se les puede sumar el entrenamiento en habilidades sociales, el cual “se basa en la idea de que el TAS surge de una carencia de habilidades sociales o de la ansiedad producida por una inhibición de estas habilidades” (Báez, 2007, párr. 15). Esta técnica consiste en enseñarle nuevas habilidades de competencia social al paciente, así como reforzar aquellas que ya habían sido adquiridas. Según Báez, el desarrollo de estas destrezas le permite al sujeto ser más asertivo y sentirse menos temeroso al enfrentarse a situaciones sociales que le generan ansiedad.

A pesar de la existencia de estas técnicas y muchas otras que forman parte de la terapia cognitivo conductual, es importante destacar la medicación como una manera de tratar la ansiedad social. El Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos en su publicación *Trastorno de ansiedad social: Más allá de la simple timidez* (2017) expone que existen tres tipos principales de medicamentos que se utilizan para tratar este trastorno.

En primer lugar, se encuentran los ansiolíticos, que tienen un efecto inmediato y significativo a la hora de reducir la sensación de ansiedad y no son recetados por largos periodos de tiempo, ya que las personas pueden desarrollar cierta tolerancia al medicamento, lo que significa que resulta necesario tomar una dosis cada vez más alta para lograr el efecto que se obtuvo al inicio del tratamiento.

En segundo lugar, están los antidepresivos que, como se explica en la publicación del instituto, requieren de varias semanas para empezar a disminuir los sentimientos de ansiedad. Estos medicamentos tienen efectos secundarios que no suelen ser muy graves

(como dolores de cabeza y náuseas), sobre todo si el tratamiento comienza con una dosis baja que va aumentando gradualmente.

Finalmente, están los betabloqueadores o betabloqueantes, que se encargan de detener la aparición de algunos de los síntomas físicos de la ansiedad y se utilizan con frecuencia para tratar la ansiedad social que se encuentra relacionada con el rendimiento del sujeto.

### **Importancia de promover la salud mental**

Aunque el tratamiento de los trastornos mentales debe ser abordado como un asunto de gran relevancia, también es necesario darle prioridad a la prevención de afecciones y enfermedades que puedan comprometer la salud mental de la población, ya que esto daría paso a sociedades más saludables, capaces e inteligentes emocionalmente.

Es por ello que la OMS en su informe *Salud mental: fortalecer nuestra propuesta* (2018), indica que, para lograr que los miembros de las comunidades del mundo tengan la posibilidad de aspirar por el bienestar pleno, las políticas nacionales de salud mental deben tratar asuntos como la incorporación de la promoción de la salud mental a los programas y políticas provenientes de los sectores gubernamental y no gubernamental.

Para que esta promoción sea un éxito, la OMS señala que es necesaria la “formulación de políticas, legislación, toma de decisiones y asignación de recursos dentro del sistema general de atención de salud. (2014, p. 16)”. Además resalta que se deben involucrar a los sectores educativo, laboral, de justicia, de transporte, del medio ambiente, de vivienda y de asistencia social, para así lograr un mayor alcance.

Sin embargo, a la hora de idear, desarrollar y poner en práctica programas, campañas y jornadas enfocadas en promover la salud mental, es importante tomar en cuenta que existen distintos tipos de prevención según el público al que va dirigido el discurso.

Sobre esta clasificación, la OMS menciona en *Prevención de trastornos mentales* (2004) las definiciones ofrecidas por Mrazek y Haggerty en 1994 de prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada. Primeramente, tenemos que la prevención universal se refiere a aquellas estrategias que están dirigidas al público en general o a un

grupo de la población que no ha sido identificado como individuos en riesgo de padecer alguna afección o trastorno mental.

Luego se encuentra la prevención selectiva, que se enfoca en las personas o subgrupos de una población que, según evidencia comprobada, corren un riesgo mucho mayor al promedio de desarrollar un trastorno mental.

Finalmente tenemos la prevención indicada, cuyo discurso va dirigido a aquellos que fueron identificados como personas que presentan signos o síntomas mínimos, pero detectables, que indican el posible inicio de un trastorno. Asimismo, también va dirigido a esas personas que, por razones biológicas, están predispuestas a desarrollar trastornos mentales, sin importar que en ese momento no muestren señales de estar cerca de padecer alguno.

Tomando en cuenta esta clasificación y desarrollando estrategias para identificar los distintos grupos que existen según el riesgo que corren de padecer algún trastorno, se puede comenzar a crear programas y campañas destinados a informar a la población sobre cómo identificar trastornos mentales, buscar ayuda profesional y cuidar su salud mental en general, ya que la desinformación con respecto a este tema puede comprometer gravemente el desarrollo de la sociedad al afectar negativamente la calidad de vida de sus miembros.

Al informar de manera pertinente y responsable sobre salud mental, se puede reducir el riesgo de que trastornos como la ansiedad social se conviertan en enfermedades silentes en países como Venezuela, dónde asistir a profesionales de la psicología y la psiquiatría en busca de ayuda aún representa un gran estigma que sigue cobrando víctimas y contribuyendo con el deterioro de la salud en el país.

## Conclusiones

El desarrollo de una investigación periodística exhaustiva sobre el trastorno de ansiedad social (TAS), la recolección de testimonios de personas que padecen este problema, la revisión de cifras oficiales y alternativas, y la posterior búsqueda de expertos que avalaron la información encontrada, fueron elementos claves para conocer de cerca esta condición y comprobar que es uno de los problemas de salud más comunes del mundo.

A pesar de ello, cuando se inició el trabajo reporteril centrado en el contexto venezolano, se identificó que una parte de la población no es capaz de identificar este trastorno como un problema psicológico real. Incluso existen quienes pueden pasar años o toda la vida pensando que el intenso malestar que experimentan al enfrentarse a diferentes situaciones sociales es producto de la timidez o introversión que los caracteriza y no un problema psicológico.

En la mayoría de los casos, de no buscar ayuda profesional temprana, la persona está condenada a vivir de forma tortuosa por el constante miedo a ser visto, juzgado y humillado por otros en circunstancias comunes que implican interactuar, comunicarse o adaptarse a nuevos contextos. Frente a ello surge una disyuntiva sobre cómo actuar: si enfrentarse a la situación temida sintiendo un gran malestar o simplemente huir de esos escenarios sociales, aunque recurrir a la evitación pueda convertirse en una limitante para su desarrollo profesional, social e individual.

De hecho, la magnitud del problema puede llegar a agravarse tanto que el individuo es capaz de asumir una conducta de total aislamiento al sentirse presionado frente a una realidad social como la venezolana, donde la proximidad a la hora de interactuar con otras personas y la extroversión parecen ser dos elementos innatos en la población.

No obstante, existen soluciones a través de tratamientos, terapias e incluso estrategias que pueden disminuir el miedo y la tensión que siente el ansioso social al ser visto. Para acceder a ellas es importante reconocer que se padece de un trastorno mental difícil de superar por cuenta propia, pero ¿cómo hacerlo si en la sociedad donde se desenvuelve el sujeto se sabe muy poco sobre este problema psicológico?

Indagando en las verdaderas razones del desconocimiento popular de la sociedad venezolana frente a este trastorno tan frecuente, se pudo precisar que una de ellas tiene que ver con la opacidad de la información que se maneja en la actualidad en relación con el estado de la salud mental general del país, puesto que el Ministerio del Poder Popular para la Salud no revela cifras sobre los principales motivos de consulta psicológica y psiquiátrica desde hace once años. Además de esto, no existen políticas públicas que impulsen el surgimiento de campañas para promover el cuidado de la salud mental y las ONG, como Psicólogos sin Frontera Venezuela y el Colegio Venezolano de Neuropsicofarmacología, se han visto obligadas a dejar las investigaciones de lado porque no tienen datos oficiales.

A esto se le suma un problema cultural relacionado con el estigma social que aún se mantiene en el país frente a las enfermedades mentales, pues la persona que busca ayuda psicológica y psiquiátrica corre el riesgo de ser etiquetada de loca, débil o peligrosa para la sociedad, cuando la realidad es que el verdadero peligro está en fomentar una sociedad sesgada que, por ver con cierto desprestigio el tema de la salud mental, está comprometiendo el bienestar de sus ciudadanos y su crecimiento futuro.

Bajo este panorama se analizó que, a pesar de que la ansiedad social es un trastorno que surge bajo características particulares como la crianza, distorsiones cognitivas o experiencias traumáticas, el contexto social en el que se encuentra el individuo es capaz de impulsarlo a detectar rápidamente la condición y ofrecerle alternativas para su superación o, por el contrario, condenarlo al desconocimiento y contribuir con el deterioro de su situación a tal punto que acaba con sus posibilidades de tener una buena calidad de vida.

En la actualidad, Venezuela se encuentra en este último eslabón, y para revertirlo es importante que tanto los entes oficiales como la población general tomen conciencia en relación con el cuidado de la salud mental, asumiéndola como una variable fundamental para lograr el desarrollo de un país sano.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*. (4ta edición). Washington, Estados Unidos.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Recuperado de: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagn3b3stico-y-estad3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
- Alfano, C., Beidel, D. y Turner, S. (2006). Cognitive Correlates of Social Phobia Among Children and Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 189-201.
- Recuperado de: <https://europepmc.org/abstract/med/16514553>
- Alonso, J. (22 de enero de 2018). Ansiedad, mal diagnosticada y mal tratada.
- ABC Enfermedades*. Recuperado de: [https://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-ansiedad-diagnosticada-y-tratada-201801221734\\_noticia.html](https://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-ansiedad-diagnosticada-y-tratada-201801221734_noticia.html)
- Álvarez, J. (2016). *Cómo hacer investigación cualitativa (Trabajo de grado)*.
- Universidad Autónoma del Estado Hidalgo, México. Recuperado de <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n10/r1.html>
- Arias, J; Villasís, M. y Miranda, M. (2016). *Protocolo de la investigación III: la población de estudio*. Recuperado de: <https://docplayer.es/22886101-El-protocolo-de-investigacion-iii-la-poblacion-de-estudio.html>
- Arias, F. (2010). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica*.
- Caracas, Venezuela: Episteme. 6ta Edición. Recuperado de <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/EL-PROYECTO-DE-INVESTIGACION-6ta-Ed.-FIDIAS-G.-ARIAS.pdf>
- Asamblea Nacional de Venezuela (2004). *Ley de Responsabilidad Social en Radio*,

*Televisión y medios electrónicos (RESORTE)*. Recuperado de:<http://www.conatel.gob.ve/ley-de-responsabilidad-social-en-radio-television-y-medios-electronicos/>

Bados, A. (2009). *Fobia Social*. (Trabajo de grado). Universidad de Barcelona, España.

Recuperado de:[diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf)

Bauducco, G. (2004). *Secretos de la entrevista*. México: Trillas.

Baez, C. (2007). Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social. *Revista*

*SciELO. Cuad. neuropsicol.* (1) 2 Santiago, Chile. Recuperado de:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-41232007000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232007000200004)

Beck, A.; Emery, G. y Greenberg, R. (1985). Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive

Perspective. *Health & Social Work*. Winter. Vol 13 pp.76.

Recuperado

de:[https://academic.oup.com/hsw/article-](https://academic.oup.com/hsw/article-abstract/13/1/76/595339?redirectedFrom=fulltexthttps://www.researchgate.net/publication/259487453)

[abstract/13/1/76/595339?redirectedFrom=fulltexthttps://www.researchgate.net/publication/259487453](https://academic.oup.com/hsw/article-abstract/13/1/76/595339?redirectedFrom=fulltexthttps://www.researchgate.net/publication/259487453) Un modelo tentativo sobre la genesis desarrollo y mantenimiento de la fobia social A tentative proposal about the origin development and maintenance of social phobia

Blanco, E., Paniagua, F. (2007). *Periodismo, salud y calidad de vida. Contenidos y Fuentes*

(trabajo de investigación). Universidad de Málaga, España. Recuperado de:

<https://www.monografias.com/trabajos917/periodismo-salud-calidad/periodismo-salud-calidad.pdf>

Banco de instrumentos y metodologías de la salud mental (Sin fecha) *Escala de Ansiedad*

*social de Liebowitz*. Recuperado de:

<https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=LSAS.pdf>

Bonilla, E. (2005). *Más allá del dilema de los métodos. La investigación en Ciencias*

*Sociales*. Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma.

Borges, T. (2017). *Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en*

*Venezuela*.(Trabajo de grado) Universidad Complutense de Madrid. España.

Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/46763/1/T39658.pdf>

Bravo, L.; García, T.; Martínez, M. & Valera, M. (2013.) La entrevista, recurso flexible y

dinámico. *Metodología de investigación en educación médica*. 2 (7). Recuperado

de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572013000300009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009)

Bravo, M y Pradós, F (2014) *Explanatory models of social phobia: An approach cognitive-*

*behavioral*.Recuperadode:[https://www.researchgate.net/publication/303937124\\_Mo](https://www.researchgate.net/publication/303937124_Mo)

delos explicativos de la fobia social Una aproximacion cognitivo-

conductual Explanatory models of social phobia An approach cognitive-behavioral

Caballero, L. (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación.

Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. *Medicine*; 9 (84): pp. 5389-5395.

Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0211344907746672/first-page-pdf>

Cazaux, D. (2010). *El ADN del periodismo científico: El reportaje interpretativo*.

Quito-Ecuador: Quiespy CIESPAL. Recuperado de <http://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=55414>

Cepeda, V; Correa, L; y Escamilla, M (2018) *Diseño de un programa para el manejo de*

*Ansiedad social en adultos*.(Trabajo de grado) Universidad Católica de Colombia.Recuperado

de:<https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/15923/1/Trabajo%20de%20Grado.pdf>

Clark, D y Wells (1995) *A cognitive model of phobia social*.

Recuperadode:<https://pdfs.semanticscholar.org/e9e2/cf2cbabb555b843ebbd0fa4109806ef8857.pdf>

Clínica de la ansiedad (Sin fecha). *¿Cuántas personas padecen trastornos de ansiedad?*

Madrid-España. Recuperado de: <https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/preguntas-mas-frecuentes/cuantas-personas-padecen-trastornos-de-ansiedad/>

Colegio Nacional de Periodistas (1994). *Código de Ética del Periodista Venezolano*

Recuperado de: [http://cdn1.cnpven.org/archivos/80/original\\_codigoeticafinal.pdf](http://cdn1.cnpven.org/archivos/80/original_codigoeticafinal.pdf)

Colegio de Neuropsicofarmacología (1996). *¿Quiénes somos?*

Recuperado de: <http://www.neuropsicove.org.ve/index.php/quienes-somos>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (1991). *Principios para la protección de*

*los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.*

Recuperado

de:<https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>

Comisión Nacional de Telecomunicaciones (2000). *Ley Orgánica de*

*Telecomunicaciones*. Recuperado de: <http://www.conatel.gob.ve/wp-content/uploads/2014/10/Ley-Org%C3%A1nica-de-Telecomunicaciones-LOTEL.pdf>

Comsalud (2002). *Hacia la Formación de Periodistas en Salud: Propuesta de Bases*

Curriculares para América Latina. En *La Iniciativa de Comunicación*. Recuperado de: <http://www.comminit.com/la/tendencias/lacth/lasld-48.html>.

- Congreso de la República (1995). *Ley del Ejercicio del Periodismo*. Recuperado de: [http://cdn1.cnpven.org/archivos/73/original\\_ley\\_ejercicio\\_periodismo.pdf](http://cdn1.cnpven.org/archivos/73/original_ley_ejercicio_periodismo.pdf)
- Congreso de la República de Venezuela (1998). *Ley Orgánica de la Salud*. Recuperado de: <http://repositorios.unes.edu.ve:8080/jspui/bitstream/123456789/357/1/LEY%20ORGANICA%20DEL%20SISTEMA%20NACIONAL%20DE%20SALUD.pdf>
- Constitución Bolivariana de Venezuela (1999) Recuperado de: [https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ven/sp\\_ven-int-const.html](https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ven/sp_ven-int-const.html)
- Córdoba, M. y Monsalve, C. (Sin fecha). Tipos de investigación. Informe. Recuperado de: [http://26335180.webhosting.es/blog/didact\\_mate/9.Tipos%20de%20Investigaci%C3%B3n.%20Predictiva%2C%20Proyectiva%2C%20Interactiva%2C%20Confirmatoria%20y%20Evaluativa.pdf](http://26335180.webhosting.es/blog/didact_mate/9.Tipos%20de%20Investigaci%C3%B3n.%20Predictiva%2C%20Proyectiva%2C%20Interactiva%2C%20Confirmatoria%20y%20Evaluativa.pdf)
- De Ketele, J. (1984). *Observar para educar. Observación y evaluación en la práctica educativa*. Madrid: Aprendizaje Visor. Recuperado de: [http://www.terras.edu.ar/biblioteca/3/EEDU\\_De\\_Ketele\\_2\\_Unidad\\_4.pdf](http://www.terras.edu.ar/biblioteca/3/EEDU_De_Ketele_2_Unidad_4.pdf)
- Delgado, B.; Inglés, C.; Aparisi, D.; García, J. y Martínez, M. (2017). Relación entre Ansiedad social y dimensiones de la personalidad en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluación*. 1 (46): pp. 81-92 Recuperado de: <https://www.aidep.org/sites/default/files/2018-01/RIDEP46-Art6.pdf>
- De Oliveira, H. (19 de octubre de 2016). La salud mental en Venezuela. *El columnero*. Recuperado por: <http://www.elcolumnero.com/herman-de-oliveira/salud-mental-en-venezuela>
- Díaz, D. (15 de mayo de 2007). El estigma de la enfermedad mental. *El País*. Tribuna Sanitaria. Recuperado de: [https://elpais.com/diario/2007/05/15/salud/1179180005\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2007/05/15/salud/1179180005_850215.html)

- Dragnic, O. (2001). *Diccionario de Comunicación Social*. Caracas, Venezuela: Panapo.
- EFE (23 de febrero de 2017). OMS: Un 4,4% de la población mundial sufre de depresión y casos aumentan un 18% en 10 años. *Emol. Tendencias*. Recuperado de: <https://www.emol.com/noticias/Tendencias/2017/02/23/846361/OMS-Un-44-de-la-poblacion-mundial-sufre-de-depresion-y-casos-aumentan-un-18-en-10-anos.html>
- EFE (2016). La fobia social implica soledad y miedo. *Efe: Salud*. Recuperado de: <https://www.efesalud.com/fobia-social-soledad-y-miedo/>
- ET (14 de marzo de 2018). Venezuela cayó al lugar 102 en el ranking de países más felices del mundo. *Contexto Diario*. Venezuela. Recuperado de: <https://contextodiario.com/venezuela/venezuela-cayo-al-lugar-102-en-el-ranking-de-paises-mas-felices-del-mundo/>
- Fernández, A; Aparicio, M; Granados, L; Aparisi, D y Inglés, C (2018) Ansiedad social y fobia social: revisión de autoinformes y análisis de su fiabilidad y validez en muestra infantojuvenil española. *Calidad de vida y Salud*. 11 (1): pp. 30-36. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/785/78524108.pdf>
- Fernández, J. (2006). *Fobia social: Del psicoanálisis a la psiquiatría*. (Trabajo de investigación) VI Jornadas científicas sobre LAS FOBIAS SOCIALES: PSICOPATOLOGÍA, GÉNESIS Y TRATAMIENTO. Madrid, España. Recuperado de: <http://www.ipsalevante.com/documentos/Fobiasocial.pdf>
- Fernández, R. (2010). La entrevista en la investigación cualitativa (trabajo de investigación) Universidad de Costa Rica, Costa Rica. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pensamiento-actual/article/view/8017>
- Furmark, T.; Tillfors, M.; Everz, P.; Marteinsdottirs, I; Gefvert, O.; Fredrikson, M. (1999).

Social Phobia in the general population, prevalence and sociodemographic. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 416-424.

García, T. y Reyes, R. (2013). *¿Tiene tratamiento la Ereutofobia?* (Trabajo de grado)

Universidad de Zaragoza, España. Recuperado de:<https://zaguan.unizar.es/record/71040?ln=es>

González, P. (15 de febrero 2016). La fobia social implica soledad y miedo. *Efe: Salud*.

Recuperado de <https://www.efesalud.com/fobia-social-soledad-y-miedo/>

Grant, B., Hasin, D., Blanco, C., Stinson, F., Chou, S., Goldstien, R., Dawson, D., ..., Huang,

B. (2005). The Epidemiology of Social Anxiety Disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 66. 1351-1361. DOI: 10.4088/JCP.v66n1102.

Greist, J. (2016). Fobia Social. *Manual MSD*. Recuperado de:

<https://www.msmanuals.com/es-ve/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/fobia-social>

Hartenberg, P. (1910) *Les Timides et la timidité*. París, F Alcan. Recuperado

de:<https://catalog.hathitrust.org/Record/005767690>

Hackembruch, C. (Sin fecha). *El periodismo y la salud pública, porque es clave informar*

*bien los temas de salud* Portal Buena Vibra. Recuperado de:  
<https://buenavibra.es/movida-sana/salud/el-periodismo-y-la-salud-publica-porque-es-clave-informar-bien-los-temas-de-salud/>

Heimberg R. (2002). Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder:

CurrentStatus And Future Directions. *Biological Psychiatry*, (51) pp.101-108

- Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P (2014) *Metodología de la investigación*. Sexta edición. Editorial Mc Graw Hill Education. Recuperado de: [https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_-\\_roberto\\_hernandez\\_sampieri.pdf](https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf)
- Helliwell, J.; Layard, R. & D. Sachs, J ( 2018) *World Happiness Report 2018*. Programa de las Naciones Unidas. Recuperado de: [https://s3.amazonaws.com/happiness-report/2018/WHR\\_web.pdf](https://s3.amazonaws.com/happiness-report/2018/WHR_web.pdf)
- Hofmann, S.; Ehlers, A. y Roth, W. (1995) Conditioning theory: ¿A model for the etiology of public speaking anxiety? *Behaviour Research and Therapy* 33(5):567-71. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/15599820\\_Conditioning\\_theory\\_A\\_model\\_for\\_the\\_etiology\\_of\\_public\\_speaking\\_anxiety](https://www.researchgate.net/publication/15599820_Conditioning_theory_A_model_for_the_etiology_of_public_speaking_anxiety)
- Instituto Nacional de la Salud (2017). *Trastorno de ansiedad social: Más allá de la simple timidez*. Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los Estados Unidos. Recuperado de [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-social-mas-alla-de-la-simple-timidez/sqf-16-4678\\_154698.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-social-mas-alla-de-la-simple-timidez/sqf-16-4678_154698.pdf)
- Kessler, R. (1994). The National Comorbidity Survey of the United States, *International Review of Psychiatry*, 6: 4, 365-376, DOI: [10.3109 / 09540269409023274](https://doi.org/10.3109/09540269409023274)
- Liebowitz, M. (1987). Social Phobia. Anxiety. *Mod Trends Pharmacopsychiatry*. Volum.22 pp. 141. Recuperado de: <https://www.karger.com/Article/Abstract/414022>
- Llombart, E. (2011). *El reportaje periodístico*. Manganeses de la Lampreana (Zamora): Comunicación Social.
- Marcano, P. (2016). La salud mental del venezolano se deteriora al ritmo de la crisis

*La razón*. Periodismo independiente. Caraca- Venezuela. Recuperado de:<https://www.larazon.net/2016/10/la-salud-mental-del-venezolano-se-deteriora-al-ritmo-de-la-crisis/>

Marks , I. & Gelder , M. ( 1966 ) Diferentes edades de inicio en variedades de

fobia . *American Journal of Psychiatry*, 123 pp. 218-21. Recuperado de:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5944004>

Martínez, A. (2014). La ansiedad carcome al venezolano. *Venezuela para el mundo*.

Recuperado de: <https://venezuelaparaelmundo.com/la-ansiedad-carcome-al-venezolano/>

Mattick, R. P. y Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided \*

Exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2015). *Memoria y cuenta*. Recuperado

de:<https://transparencia.org.ve/wp-content/uploads/2016/07/1.-Memoria-2015-salud.pdf>

Ministerio del poder popular para la Salud (Sin fecha). Misión. Recuperado

de:<http://www.mpps.gob.ve/>

Montes, A. & Urbina, M. (2015). Periodismo de Salud: una práctica profesional en

construcción. *An Venez Nutr*, 28 (2): 145-157. Recuperado de: <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2015/2/art-7/>

Morales, O. (2003). *FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL Y LA*

*MONOGRAFÍA*. En Manual para la elaboración y presentación de la monografía. Mérida, Venezuela: Grupo Multidisciplinario de Investigación en Odontología.

Recuperado de

[http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/16490/fundamentos\\_investigacion.pdf;jsessionid=DB98A77F21B5BB8F90CE76B30D1A9D7D?sequence=1](http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/16490/fundamentos_investigacion.pdf;jsessionid=DB98A77F21B5BB8F90CE76B30D1A9D7D?sequence=1)

Muñoz, J. (2012). El lenguaje corporal de las pacientes con fobia social facilita la evaluación completa de la patología. *Salud (i) Ciencia*. 19 (5) pp. 424-426. Recuperado de: [https://www.siicsalud.com/saludciencia/pdf/sic\\_19\\_5\\_d1412.pdf](https://www.siicsalud.com/saludciencia/pdf/sic_19_5_d1412.pdf)

National Institute of Mental Health (Sin fecha) Trastorno de Ansiedad social: Más allá de la simple timidez. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-social-mas-alla-de-la-simple-timidez/index.shtml>

Ojeda, C. (2003). Historia y redescrición de la angustia clínica. *Revista Scielo*; 2 (41) Santiago, Chile. Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272003000200002&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272003000200002&script=sci_arttext)

Olivares, J. y Cabello, V. (2003) Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo Y mantenimiento de la fobia social. *Psicología conductual*. 11 (3) pp. 483-515. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/287882711\\_A\\_tentative\\_proposal\\_about\\_the\\_origin\\_development\\_and\\_maintenance\\_of\\_social\\_phobia](https://www.researchgate.net/publication/287882711_A_tentative_proposal_about_the_origin_development_and_maintenance_of_social_phobia)

Olivares, P; Maciá, D; Chittó, G; Olivares, J. y Amoros, M. (2014). *¿Trastorno de personalidad por evitación o fobia social generalizada? Un estudio piloto con población adolescente española*. (Trabajo de grado) Universidad de Murcia, España. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v20n2/a03v20n2.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: MEDITOR.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de Bolsillo de Clasificación de CIE-10*.

Madrid-España: Panamericana. Recuperado de:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en Salud Mental*. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de trastornos mentales*. Informe. Recuperado de: [https://www.who.int/mental.../Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](https://www.who.int/mental.../Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2018). *Trastornos mentales*. Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)*. Recuperado de: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (Sin fecha). *Derechos Humanos*. Recuperado de: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/human-rights/index.html>

Organización Mundial de la Salud (1996). *Ley de Cuidados de la Salud Mental: diez principios básicos*. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/75.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2013). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en la República Bolivariana de Venezuela utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS-IESM)*. Caracas, Venezuela. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/venezuela\\_who\\_aims\\_report.pdf](https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/venezuela_who_aims_report.pdf)

Organización Panamericana de la salud (2013). *La salud mental en la región de las Américas*. Recuperado de: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_t\\_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es)

Organización Panamericana de la Salud (2017). *OPS/OMS colabora en la propuesta de una Ley de Salud Mental para Venezuela*. Recuperado de: [https://www.paho.org/ven/index.php?option=com\\_content&view=article&id=304:ops-oms-colabora-en-la-propuesta-de-una-ley-de-salud-mental-para-venezuela&Itemid=215](https://www.paho.org/ven/index.php?option=com_content&view=article&id=304:ops-oms-colabora-en-la-propuesta-de-una-ley-de-salud-mental-para-venezuela&Itemid=215)

Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra propuesta*. Informe. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-social-mas-alla-de-la-simple-timidez/index.shtml>

Ortega, I.; Bados, A.; Saldaña, C. (2012). Un caso de fobia social con predominio de ataques de pánico. *Anuario de psicología*. 42 (2) pp. 231-244. Barcelona, España. Recuperado por: <http://www.redalyc.org/pdf/970/97026840007.pdf>

Ost, L. y Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical Patients. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 439-447.

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). *Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio*. Int.

J. Morphol., 35(1):227-232, 2017. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

Pacheco, A (Sin fecha). Fobia social: Comorbilidad con los trastornos depresivos. Colegio Venezolano de Neuropsicofarmacología. Recuperado de: [http://www.neuropsicove.org.ve/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25:fobia](http://www.neuropsicove.org.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=25:fobia)

- Pretty, G., Andrews, L., y Collett, C. (1994). Exploring adolescents' sense of community and its relationship to loneliness. *Journal of Community Psychology*, 22, 346-358.
- Pélissolo, A. y Lépine, J. (1995). Les phobies sociales: perspectives historiques et Conceptuelles. *L Encéphale*. Créteil, Francia. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/15477806\\_Social\\_phobia\\_historical\\_and\\_conceptual\\_perspectives](https://www.researchgate.net/publication/15477806_Social_phobia_historical_and_conceptual_perspectives)
- 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*. (Trabajo de grado) Universidad de Murcia, España. Recuperado de: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11008/PiquerasRodriguez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Psicólogo sin fronteras Venezuela (2010). ¿Quiénes somos? Recuperado de: <https://psfvenezuela.wordpress.com/>
- Porta, L. & Silvia, M., (Sin fecha) *La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa*.( trabajo de investigación) Universidad Nacional de Patagonia Austral. Santa Cruz, Argentina. Recuperado de: <http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2016/01/An%C3%A1lisis-de-contenido-en-investigaci%C3%B3n-educativa-UNMP-UNPA-2003.pdf.pdf>
- Puchol, D. (2003). *Los trastornos de la ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI*. (trabajo de grado) Universidad de Valencia, España. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/trastornos-de-ansiedad-epidemia/>
- Raheb, C. (2008). Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques. Sistemas de

clasificación:DSM-IV, ICD-10. *Revista Master en Paidopsiquiatría*. Bienio 07-08. Recuperado de: [http://www.paidopsiquiatria.cat/files/sistemas\\_clasificacion\\_dsm-iv\\_cie-10.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/sistemas_clasificacion_dsm-iv_cie-10.pdf)

Rapee, R. y Lim, L. (1992). Discrepancy between self-and observer ratings of performance in social phobia. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1430614>

Rapee, R. y Veljaca, K. (1998). Detection of negative and positive audience behaviorus by socially anxious subjects. *Behav Res Ther*; 36 (3): 311-21. Recuperado de:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9642850>

Reyes, J. (2006). *Trastornos de Ansiedad, guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Honduras: Pfizer, impreso en Costa Rica; 2006. Recuperado de<http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

Reporte Nacional (2018). *Emergencia Humanitaria en Venezuela- Derecho a la salud*. Recuperado de: <https://www.derechos.org/ve/web/wp-content/uploads/Reporte-Nacional-EHC-Derecho-a-la-Salud-septiembre-2018-Espa%C3%B1ol1.pdf>

Rivadeira, C; Dahab, J. y Minici, A. (2017). La fobia social en los tiempos de las redes sociales.

*Revista terapia cognitivo conductual* (31): pp. 1-10. Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-fobia-social-en-los-tiempos-de-las-redes-sociales.pdf>

Rizo, M. (2004). La comunicación como base para la interacción social. Aportes de la comunicología al estudio de la ciudad, la identidad y la inmigración. *Revista Contemporánea* (3):53-71 pág. Recuperado de: [http://www.contemporanea.uerj.br/pdf/ed\\_03/contemporanea\\_n03\\_06\\_garcia.pdf](http://www.contemporanea.uerj.br/pdf/ed_03/contemporanea_n03_06_garcia.pdf)

- Rizo, M. (2006). La interacción y la comunicación desde los enfoques de la psicología social y la sociología fenomenológica. Breve exploración teórica. *Revista Análisis* (33):45-62 pág. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/pub/analisi/02112175n33/02112175n33p45.pdf>
- Robles, R., Espinosa, R., Padilla, A., Álvarez, M., Páez, F. (2008). Ansiedad Social en Estudiantes Universitarios: Prevalencia y Variables Psicosociales Relacionadas. *Revista Psicología Iberoamericana* 16 (2): pp 54-63. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920328008>
- Roca, E. (Sin fecha). Tratamiento de la fobia social. Consejo general de colegios oficiales de psicólogos. Recuperado de: <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/fobiasocial3.pdf>
- Rovira, T. (2002). Miedo a Hablar. *Medicina TV*. Recuperado de: <https://www.medicinatv.com/reportajes/miedo-a-hablar-646>
- Rodríguez, H. y Hernández, G. (2017). Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia. *Pediatr Integral* 2017; XXI (5): 334–342. Recuperado de: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/CURSOS%202019/DOCUMENTACION%20CURSO/7%20Tr%20psiquiatricos%20adolescente.pdf>
- Rodriguez, R. y Bonilla, E. (1997). *Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales*. Grupo editorial Norma. Bogota- Colombia. Recuperado de: <https://books.google.co.ve/books?id=REOIWoQuAL4C&pg=PA84&lpg=PA84&dq=captar+la+realidad+social+%E2%80%98a+trav%C3%A9s+de+los+ojos%E2%80%99+de+la+gente+que+est%C3%A1+siendo+estudiada,+es+decir,+a+partir+de+la+percepci%C3%B3n+que+tiene+el+sujeto+de+su+propio+contexto&source=bl&ots=Tz7jsJ0vz9&sig=ACfU3U1Pa0LWWaQ-V4Kn-17fTC7TsnBM5A&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiR8ZeD7IDjAhXqx1kKHWxODSwQ6AEwAnoECAkQAQ#v=onepage&q=captar%20la%20realidad%20social%20%E2%80%98a%20tr>

av%C3%A9s%20de%20los%20ojos%E2%80%99%20de%20la%20gente%20que%20est%C3%A1%20siendo%20estudiada%2C%20es%20decir%2C%20a%20partir%20de%20la%20percepci%C3%B3n%20que%20tiene%20el%20sujeto%20de%20su%20propio%20contexto&f=false

Santibañez, A. (1974). *El periodismo interpretativo, secretos de la fórmula Time*. Santiago De Chile, Chile: Andrés Bello.

Safir, R. (2014). *Fobia social, un acercamiento psicológico desde lo cognitivo-conductual*. (Trabajo de grado) Universidad de la República de Uruguay. Recuperado de:[https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/la\\_fobia\\_social\\_un\\_acercamiento\\_psicologico\\_desde\\_el\\_enfoque\\_cognitivo-conductual.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/la_fobia_social_un_acercamiento_psicologico_desde_el_enfoque_cognitivo-conductual.pdf)

Sarmiento, M. (14 de agosto de 2017). Pacientes psiquiátricos: Condenados a llevar una Vida miserable (I). *Crónica uno: los hechos como son*. Recuperado de: <http://cronica.uno/pacientes-psiquiatricos-condenados-llevar-una-vida-miserable/>

Schilder, P. (1938). La neurosis social. *The psychoanalytic Review* 25 (1): pp. 1-19.

Recuperado de: <https://www.pep-web.org/document.php?id=psar.025.0001a>

Singer, F. (24 de noviembre de 2018). Los otros números Rojos de Venezuela. *El País*.

Recuperado

de:[https://elpais.com/internacional/2018/11/22/america/1542906296\\_805078.html](https://elpais.com/internacional/2018/11/22/america/1542906296_805078.html)

Sistema de Salud (2010). *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los \**

*Trastornos de Ansiedad en el Adulto*, México.

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392\\_IMSS\\_10\\_Ansiedad/EyR\\_IMSS\\_392\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf)

Social Anxiety Institute (Sin fecha). Superando la ansiedad social paso a paso. Recuperado

de: <https://socialanxietyinstitute.org/>

Sosnoski, E. (2008). *El chalequeo: ¿Diversión o discriminación?* CECODAP, Edición: el Papagayo. Caracas, Venezuela. Recuperado de: [http://www.cecodap.org.ve/descargables/convivenciaBuenTrato/Informe\\_El\\_Chalequeo\\_Diverison\\_o\\_Discriminacion.pdf](http://www.cecodap.org.ve/descargables/convivenciaBuenTrato/Informe_El_Chalequeo_Diverison_o_Discriminacion.pdf)

Ulibarri, E. (1994). *Idea y vida del reportaje*. México, D. F.: Trillas.

UNESCO (2017) Expresiones culturales. Arbol del problema. Recuperado de:

<http://www.unesco.org/new/es/culture/themes/cultural-diversity/diversity-of-cultural%20expressions/tools/policy-guide/planificar/diagnosticar/arbol-de-problemas/>

Wefeer, L. (16 de enero de 2010). Dolencias mentales en Venezuela. El

Nacional. Recuperado de: <http://bipolar-ve.blogspot.com/2010/01/dolencias-mentales-en-venezuela.html>

Zafra, A. (13 de noviembre 2018). Los trastornos mentales y la lucha de los pacientes

contra la enfermedad y el estigma social *Las Provincias*. Valencia, España. Recuperado de: <https://www.lasprovincias.es/sociedad/salud/trastornos-mentales-lucha-20181106181606-nt.html>

Zubeidat, I. (2005). *Evaluación de las características de la ansiedad social específica y*

*generalizada en jóvenes*.(Trabajo de grado) Universidad de Granada, España. Recuperado de: <https://hera.ugr.es/tesisugr/15467715.pdf>

Zubeidat, I. (2007). Ansiedad social específica y generalizada: ¿variantes del mismo

trastorno o categorías diferentes con características similares? *International Journal of Clinical and Health Psychology*; 7 (3) pp. 709-724. Recuperado de [www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770309](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770309)

## Fuentes consultadas

<b>Pacientes</b>	<b>Caracterización</b>
Dayana Quiaro	21 años. Estudiante universitaria.
Mabel Escobar	33 años. Ilustradora, graduada en idiomas modernos y estudiante universitaria.
Estefany Pérez	23 años. Diseñadora y estudiante universitaria.
Arantxa López	23 años. Redactora y estudiante universitaria.
Z.A	56 años. Ex gerente del Banco de Venezuela.

<b>Fuentes vivas citadas</b>	<b>Profesión</b>
Dr. Antonio Pacheco	Psiquiatra, psicofarmacólogo, profesor universitario de la UCV y fundador del Colegio Venezolano de Neuropsicofarmacología.
Dr. Martín Villalobos	Psicólogo clínico. Coordinador académico del Posgrado de psicología clínica de la UCV.
Dr. Claudia Marchionna	Psicóloga clínica del Hospital Universitario de Caracas.
Dr. Danilo Martínez	Psiquiatra independiente, con 29 años de experiencia. Especialista en trastornos de ansiedad.
Dr. Patricia Valderrama	Psicóloga clínica independiente. Exprofesora universitaria de la UCV.

Dr. Purificación Prieto	Psicóloga Clínica. Jefa del departamento de Psicología Clínica de la UCV. Especialista en el manejo de las emociones y trastornos de ansiedad.
Dr. Adriana Paz	Psicóloga clínica. Profesora universitaria de la UCV.
Dr. Jesús Sánchez	Psicólogo social. Trabajador de la Federación de Psicólogos de Venezuela.
<b>Fuentes vivas consultadas</b>	<b>Profesión</b>
Dr. Tomás Palacio	Psicólogo social. Profesor universitario. Trabajador del instituto de psicología Clínica.
Dr. Valentina Ramírez	Psiquiatra independiente. Especialista en trastornos de ansiedad.
Dr. Mariol Valiente	Psicóloga clínica y psicoterapeuta independiente.
Dr. José Rodríguez	Psicólogo clínico. Especializado en el área de inteligencia emocional.
Dr. Anabel González	Psicóloga social. Encargada del servicio estudiantil de asesoramiento psicológico en la Facultad de Ciencias de la UCV.
Dr. Leggy Justo	Jefa del departamento de servicios estudiantil de la Facultad de Humanidades y Educación en la UCV.

Dr. Diana Rísquez	Psiquiatra. Directora del servicio de psiquiatría en el Hospital Universitario de Caracas. Profesora universitaria.
Dr. Nancy Salazar	Psiquiatra y psicoterapeuta. Trabajadora del servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas.
Dr. Anónima (expresó su deseos de permanecer en el anonimato)	Trabajadora del servicio de psicología en el Ambulatorio del Hospital Universitario de Caracas.

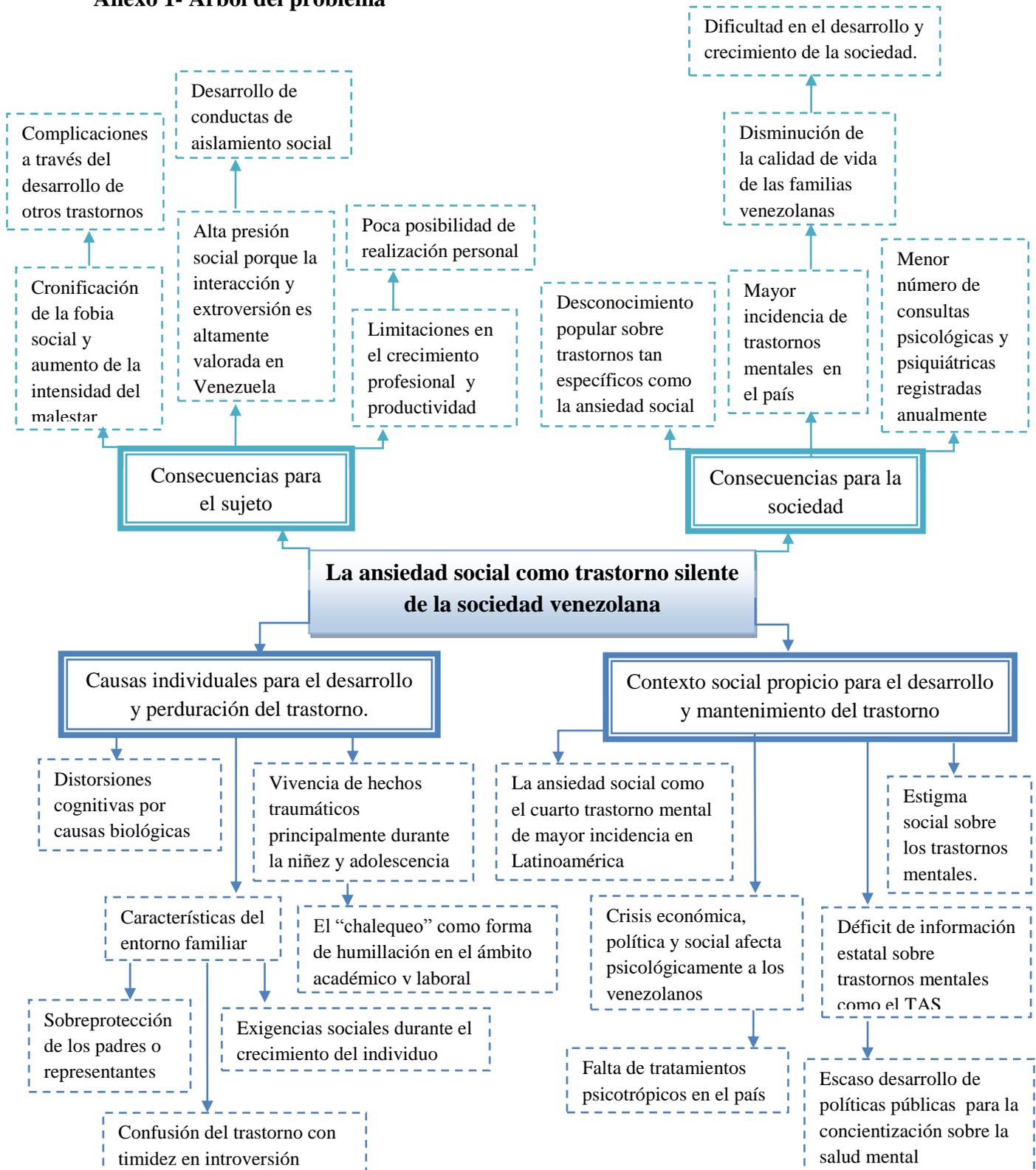
<b>Organizaciones consultadas</b>
Organización Social CECODAP (solo documento en línea).
Colegio Venezolano de Neuropsicofarmacología.
Psicólogos sin Fronteras Venezuela (solo por documentos en línea).
Federación de Psicólogos de Venezuela.
Ministerio del poder popular para la Salud- <i>Memoria y cuenta</i> 2008 y 2015 (solo por documentos en línea).
Organización Panamericana de la Salud (OPS).
Sociedad Iberoamericana de la información científica (solo por documentos en línea).
Asociación estadounidense de psiquiatría- Manual diagnósticos y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV y DSM-V) (solo por documentos en línea).
Social Anxiety Institute (Instituto de ansiedad social) (solo por documentos en línea)
Organización Mundial de la Salud (OMS) (solo por informes en línea).

#### **Fuentes vivas que se intentaron contactar pero no dieron respuesta**

- José Manuel García, jefe del departamento de Epistemología del Ministerio de la Salud.
- Gilberto Aldana, director del área de psicología en el Hospital José Vargas.
- Organización de Psicólogos sin Frontera.
- Wadalberto Rodríguez, presidente de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría.

## Anexos

### Anexo 1- Árbol del problema

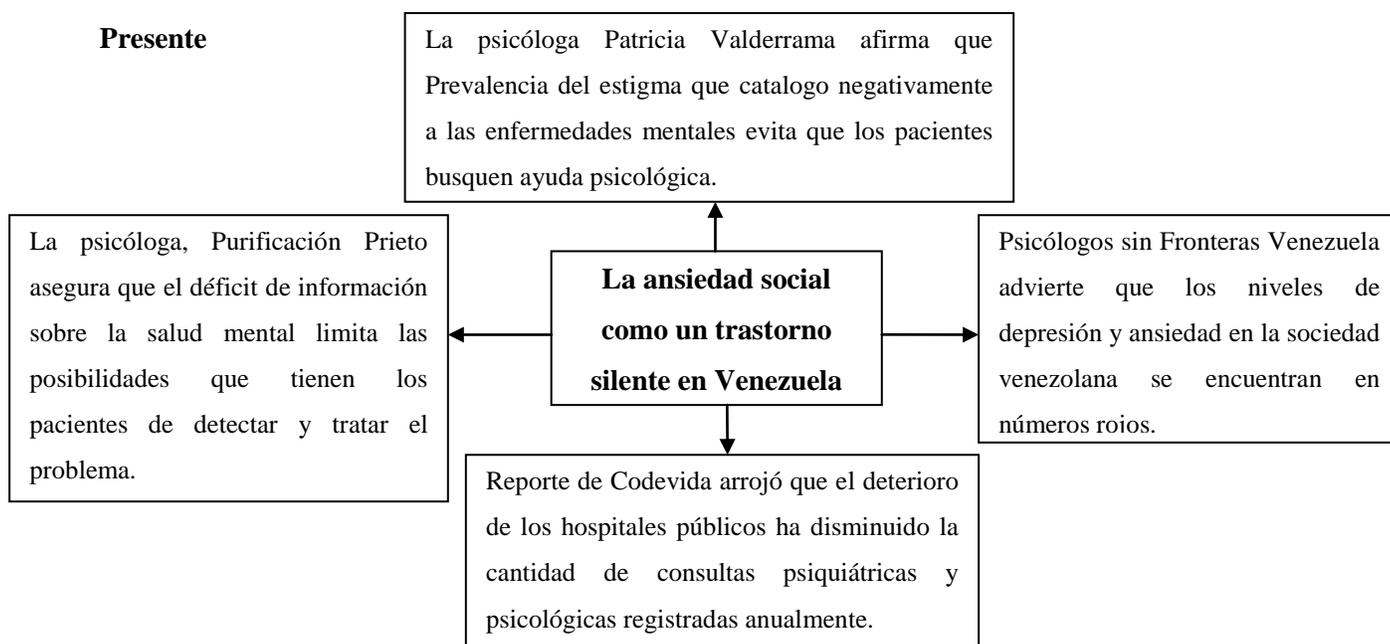


## Anexo 2 Estructura Pasado- Presente – Futuro

### Pasado

- La Organización Panamericana de la Salud calificó a la ansiedad social como el cuarto trastorno de mayor incidencia en Latinoamérica.
- La *Memoria y cuenta* del Ministerio de Salud en el 2015 reportó que no existen programas educativos que promueven la salud mental y detección temprana de trastornos o enfermedades en la población general.
- No se publican estadísticas oficiales de los principales motivos de consulta psiquiátrica en Venezuela desde el 2008.
- Proyecto de Ley de Salud Mental elaborado en el 2010 por el Ministerio de Salud aún no se pone en marcha.
- El psiquiatra Antonio Pacheco afirmó que desde hace 10 años el deterioro de los hospitales psiquiátricos y servicios ambulatorios se hizo evidente a través de la falta tratamientos psicotrópicos.

### Presente



### Futuro

- Cronificación de la fobia social compromete el futuro de los pacientes.
- Aumento de la incidencia de los trastornos mentales afecta la calidad de vida de las familias venezolanas.
- Estigma y deterioro de los servicios de salud mental comprometen el desarrollo de la sociedad venezolana.

### Anexo 3 Cuadro de categorías según pacientes entrevistados

Categorías	Subcategorías	Código en vivo
<p><b>Causas de la ansiedad social</b></p>	<p><b>Distorsiones psicológicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P14-L2</b> Me afecta un poco cuando sé que la persona tiene que juzgarme</li> <li>• <b>P22-L1</b> A veces siento que soy observada cuando ni siquiera lo soy y me pongo muy nerviosa</li> <li>• <b>P3-L1</b> Me preocupa lo que piensen de mí quienes están alrededor</li> <li>• <b>P11-L7</b> “No me vean, por favor, no quiero que me estén halagando ni diciendo nada incómodo”.</li> <li>• <b>P27-L6</b> Tengo miedo al fracaso, que esta buena racha que tengo se pueda quebrar en algún momento y venga mi declive.</li> </ul>
	<p><b>Situaciones sociales específicas o generales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P3-L2</b> En las situaciones en las que tengo que actuar en público es peor.</li> <li>• <b>P31-L1</b> No me gusta comprar y tener que pagar.</li> <li>• <b>P64-L1</b> Me cuesta mucho en el ámbito laboral porque tengo que hacer entrevistas, presentar ponencias.</li> <li>• <b>P43-L3</b> Cuando me di cuenta que estaba rodeada de un poco de extraños que me pasaban por al lado y me rozaban. Y le dije a mi mamá “hasta aquí llegué”.</li> <li>• <b>P3-L3</b> Yo recuerdo que cuando me gradué del liceo fue la primera vez que tuve que estar en un escenario frente a un gentío y rompí a llorar.</li> <li>• <b>P4-L4</b> En un salón de clases me cuesta ser la persona que interviene.</li> <li>• <b>P12-L1</b> Realmente es difícil para mí decir “la parada” cuando voy en una camioneta.</li> <li>• <b>P31-L2</b> No me gusta sobresalir,</li> </ul>

		<p>prefiero que el crédito se lo lleve otro así yo haya hecho la mayor parte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P3-L3</b> Hasta cantar el himno nacional me daba pena.</li> <li>• <b>P10-L1</b> Había que visitar clientes y ellos normalmente te invitaban a almorzar. Y a mí en esos momentos me daba miedo.</li> </ul>
<b>Respuestas de la ansiedad social</b>	<b>Fisiológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P5-L1</b> Sudaba mucho.</li> <li>• <b>P5-L1</b> Tiendo a tener problemas para respirar.</li> <li>• <b>P5-L2</b> Te sientes un poquito mareado.</li> <li>• <b>P15-L4</b> Me pongo pálida.</li> <li>• <b>P31-L4</b> La proximidad de la gente hace que me empiece a hiperventilar y me desmayo.</li> <li>• <b>P9-L6</b> Antes se me quebraba la voz en ciertos momentos.</li> <li>• <b>P9-L1</b> En el peor de los casos rompo a llorar.</li> <li>• <b>P13-L5</b> Me costaba mucho agarrar los cubiertos.</li> <li>• <b>P5-L1</b> Yo tengo problemas de circulación y los pies y las manos se me ponen muy frías.</li> <li>• <b>P5-L3</b> Se me calientan un poco las orejas.</li> <li>• <b>P16-L4</b> Me vuelvo una persona tiesa.</li> <li>• <b>P8-L1</b> El corazón me latía a mil.</li> <li>• <b>P25-L1</b> Me dan náuseas y unas puntadas aquí terribles.</li> <li>• <b>P11-L2</b> Me ahogaba.</li> <li>• <b>P11-L3</b> Me dolía la cabeza mientras manejaba.</li> <li>• <b>P11-L4</b> Me daban ataques de pánico y sentía que me iba a morir.</li> </ul>
	<b>Psicológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P15-L1</b> Se me tropiezan las ideas y yo tengo algo que quiero decir, pero no soy capaz de articularlo en el momento.</li> <li>• <b>P69-L4</b> No es normal que tú estés deprimida, no quieras salir de tu casa y</li> </ul>

		<p>no quieras hablar con nadie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P13-L3</b> Yo estaba hecho un manajo de nervios.</li> <li>• <b>P68-L7</b> Me sentía horrible porque yo sabía que eso no era normal.</li> <li>• <b>P11-L5</b> Me incomoda que me estén prestando tanta atención porque estoy acostumbrada a que me ignoren.</li> <li>• <b>P6-L2</b> Yo recibo una crítica y puedo durar meses en los que me acuesto y en la mente se me reproduce constantemente el momento en el que me hicieron la crítica.</li> </ul>
<p><b>Evitación de situaciones sociales</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P6-L2</b> Intentaba alejarme de todo tipo de interacción.</li> <li>• <b>P7-L3</b> Afectaba mi vida al punto que yo no podía relacionarme con nadie.</li> <li>• <b>P31-L2</b> Evito cuando te buscan conversación en una cola porque siento que voy a decir algo estúpida o una loquera y es como que “Ay, no, está niña es rara”.</li> <li>• <b>P35-L1</b> No voy a fiestas con música muy alta, mucha gente.</li> <li>• <b>P61-L1</b> No he hecho ningún esfuerzo por buscar pareja o buscar algo que me acepte porque básicamente soy tan insegura de mí misma que yo digo: “¡no, pana!, no hay persona que me aguante.</li> <li>• <b>P3-L5</b> Desde que lloré frente de todos no pude pisar esa escuela otra vez por lo menos en 10 años.</li> <li>• <b>P43-L1</b> Hay días en que digo que no voy a salir del cuarto porque no quiero hablar con nadie.</li> <li>• <b>P97-L13</b> Si trato con un extraño voy a hacer lo que pueda para no verlo más nunca.</li> <li>• <b>P14-L3</b> Mis papás me mandaban a preguntarle al señor de la bodega en cuánto tiene tal cosa y yo iba, veía el mostrador y me regresaba como “no, no tenían nada”.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P58-L3</b> Evito bailar porque no quiero que me vean haciendo el ridículo.</li> <li>• <b>P44-L2</b> Yo no soy persona de probar cosas nuevas, no soy persona de lanzarme y salir de mi zona de confort.</li> <li>• <b>P45-L1</b> Por mi crianza me la pasé encerrada, creé mi mundo y salirme de él es muy difícil.</li> <li>• <b>P14-L1</b> Empecé a evitar los almuerzos.</li> <li>• <b>P14-L2</b> Siempre decía que no podía o inventaba excusas.</li> </ul>
<p><b>Autoimagen/autocrítica del ansioso</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P18-L1</b> Siento que también dicen como que está niña es burda de rara.</li> <li>• <b>P21-L1</b> Creo que soy bastante ansiosa, tiendo a tener pensamientos como “ay, todo me vale verga”.</li> <li>• <b>P53-L2</b> No pueden darme opiniones más negativas de las que yo tenía hacia mí misma.</li> <li>• <b>P19-L2</b> Esta gente debe pensar que “soy muy fea o que tengo el pelo feo, que tengo el peinado mal, que la ropa me queda mal, ta, ta, ta, ta”.</li> <li>• <b>P89-L5</b> Como que me falta algo.</li> <li>• <b>P26-L7</b> Siempre sentía como que era la amiga fea del grupo.</li> <li>• <b>P18-L8</b> Yo siento que soy como un extra aquí.</li> <li>• <b>P17-L2</b> Siento que mis logros no son lo suficientemente grandes ni tampoco me siento orgullosa de ellos.</li> <li>• <b>P26-L2</b> Puedo parecer que soy muy segura de mí misma y muy seria, la culta y vaina, pero en el fondo no, en el fondo yo soy una nube por dentro, así como que “no, no me vean”.</li> <li>• <b>P27-L2</b> Tengo muchas dudas de mis capacidades.</li> <li>• <b>P74-L8</b> Siento que parte de mi valor como persona pasa por el desarrollo académico, mis conocimientos, todas</li> </ul>

		<p>mis habilidades técnicas, si en ellas yo siento como si no valiera nada.</p>
<p><b>Confianza y comodidad en situaciones sociales</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P4-L1</b> Antes solía ser muy cerrada, no hablaba con nadie que no conociera bien.</li> <li>• <b>P28-L2</b> Cuando digo que me siento cómoda puedo hablar de las cosas que me gustan sin sentirme gravemente afectada.</li> <li>• <b>P87-L2</b> Si no me siento cómoda en ese sentido me voy a guardar mis opiniones y voy a ofrecerte nada más lo que se espera en una conversación normal.</li> <li>• <b>P46-L2</b> Me ha costado buscar otro trabajo porque en el que yo estoy ha sido mi primer trabajo en una oficina y ya era con una profesora que ya conocía.</li> <li>• <b>P59-L1</b> Con la persona que tengo confianza soy muy cariñosa, en extremo cariñosa, todo lo que no soy con los demás.</li> <li>• <b>P13-L1</b> Tú te sientes cómoda con la gente que tú le tienes confianza.</li> </ul>
<p><b>Técnicas de afrontamiento</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P23-L4</b> Por más de que me haya sucedido una experiencia muy mala sigo haciéndolo.</li> <li>• <b>P24-L1</b> Intervenir en clases no me cuesta tanto como otras cosas porque de verdad quiero aprender.</li> <li>• <b>P29-L5</b> Las personas que a lo mejor se sentían excluidas yo les decía, bueno, pero vamos a hacer un grupo nosotras.</li> <li>• <b>P71-L5</b> He intentado ser más abierta a hablar con las personas que conversan conmigo.</li> <li>• <b>P21-L1</b> Me quedo muy callada en una esquina y espero que se acabe todo.</li> <li>• <b>P93-L1</b> Respiro profundo y busco la salida más cercana.</li> <li>• <b>P97-L3</b> En una situación con una figura de autoridad me relacionaría con ella de forma profesional.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P97-L6</b> Yo recaigo en protocolos sociales.</li> <li>• <b>P27-L9</b> Pudimos terminar los dos siendo amigos de alguna forma gracias a Twitter.</li> <li>• <b>P12-L9</b> En el colegio también aprendí como a fabricar un caparazón, una coraza.</li> <li>• <b>P36-L7</b> Yo prefiero comenzar con una cuestión a distancia e irme acercando poco a poco.</li> <li>• <b>P39-L1</b> La única razón por la que tomo alcohol en reuniones sociales es si yo quiero manejarme mejor.</li> <li>• <b>P82-L2</b> Hacer un amigo significa haber roto un poquito más ese caparazón en el que estoy.</li> <li>• <b>P23-L1</b> Todo lo empecé a controlar luego de las técnicas de relajación y respiración.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Relaciones interpersonales</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Apoyo familiar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P47-L2</b> Ahora tengo una base en la me ha apoyado porque hablo más con mi madre que básicamente esa es mi familia.</li> <li>• <b>P11-L5</b> Mi madre en esos casos reconoce que no estoy cómoda y trata de ayudarme aunque sea redirigiendo la conversación hacia ella.</li> <li>• <b>P20-L7</b> E incluso en grupos familiares grandes tampoco me siento cómoda.</li> <li>• <b>P36-L1</b> La experiencia mala es fuera del ambiente familiar directo.</li> <li>• <b>P23-L15</b> Mi papá se empezó a preocupar porque él es una persona muy sociable y yo no.</li> <li>• <b>P24-L4</b> Dejaron de invitarme a reuniones porque mi mamá tampoco era que me daba muchos permisos.</li> <li>• <b>P29-L1</b> Mi mamá siempre me dice “eres demasiado odiosa”, justamente por el hecho de que como me cuesta compartir cómo me siento.</li> <li>• <b>P7-L2</b> Mi familia es mi familia, yo no</li> </ul>

		<p>le comento nada de mis amigos y a mis amigos no le comento nada de mi familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P7-L5</b> Mi novio no sabe nada de mi familia.</li> <li>• <b>P7-L6</b> No he sentido nunca esa confianza de decirle “ay, mamá, mira, este muchacho me gusta” o “me pasó esto en el colegio y esto en la universidad” o “este amigo me hizo tal cosa”.</li> <li>• <b>P45-L7</b> Mi mamá es muy sobreprotectora conmigo, esto también es un aspecto que creo me ha hecho un poco de daño.</li> </ul>
	<p><b>Grupos reducidos de amigos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P20-L8</b> Yo funciono más en grupos pequeños. De uno en uno.</li> <li>• <b>P23-L14</b> Siempre me iba mal en la boleta en la parte social.</li> <li>• <b>P23-L14</b> “es una niña muy callada, no se relaciona mucho”.</li> <li>• <b>P28-L1</b> Mis amigas fueron las que dieron el primer paso conmigo y me adoptaron.</li> <li>• <b>P51-L10</b> Yo trato con personas que son muy reservadas consigo mismas.</li> <li>• <b>P69-L10</b> En mis quince años ninguna de mis amigas pudo ir. Si hubiesen estado ahí hubiera soportado totalmente el momento.</li> </ul>
	<p><b>Dificultad para establecer nuevas relaciones interpersonales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P11-L5</b> A mí me cuesta mucho entablar una conversación mucho más allá del “Hola, cómo estás” con una persona.</li> <li>• <b>P34-L1</b> Siempre es alguien más que toma la iniciativa de hablarme o de presentarme a alguien y en ese momento ese él o ella te empieza a hablar.</li> <li>• <b>P20-L6</b> Yo no tengo esa espontaneidad cuando estoy rodeada de extraños.</li> <li>• <b>P6-L4</b> No me puedo acercar a las</li> </ul>

		<p>personas y tener una interacción tan cercana con ellas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P53-L7</b> Tampoco quiero que me estén prestando tanta atención porque se vuelve un poco incómodo no saber cómo reaccionar a la cosa que te están diciendo.</li> <li>• <b>P37-L1</b> Cuando hablo cara a cara siento que la persona va a tardar en olvidarlo o voy a tener que convivir con la respuesta que me vaya a dar.</li> <li>• <b>P18-L1</b> No quería comer con nadie que no conociera.</li> <li>• <b>P16-L2</b> Si se trataba de un cliente, empezaba mi miedo</li> </ul>
	<p><b>Relación con autoridades</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P13-L5</b> Siento temor porque su trabajo es juzgar si soy apta o no.</li> <li>• <b>P25-L4</b> Una autoridad siempre me va a estar juzgando de forma negativa.</li> <li>• <b>P37-L2</b> En términos profesor-estudiante, nunca voy a estar cómoda.</li> <li>• <b>P27-L1</b> Más que miedo era angustia y pena porque no se trataba de una situación normal, sino que era algo de trabajo y estaba con una autoridad.</li> <li>• <b>P13-L1</b> Comer era un momento íntimo y no me gustaba compartirlo con mis clientes de quienes hablaba de negocios.</li> </ul>
	<p><b>Depender de otros</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P19-L3</b> Siempre tengo que tener ese impulso externo para hacer algo nuevo.</li> <li>• <b>P60-L5</b> cuando mi mamá está ahí yo prefiero hacerlo a través de ella porque no tiene ningún problema hablando o peleando con alguien.</li> <li>• <b>P61-L6</b> Muy rara vez necesito salir sola en una circunstancia así en la que tenga que socializar demasiado.</li> <li>• <b>P12-L2</b> siempre espero que alguna persona diga “la parada” por mí.</li> <li>• <b>P13-L1</b> Si estoy en un banco y le voy a preguntar a la cajera cuánto están dando</li> </ul>

		<p>en efectivo, tengo que esperar a que sea otra persona la que pregunte por mí.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>P20-L2</b> Ir sola a los almuerzos me daba pánico me daba pánico.</li> </ul>
	<p><b>Cumplir con las expectativas de los demás</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>P53-L3</b> Es un yo intentar complacer a todo el mundo y es exhausto, pero lo intento.</li> <li>● <b>P58-L3</b> Ese estigma de que es la hija única y tiene que ser perfecta.</li> <li>● <b>P1-L4</b> Esperan algo de mí y no sé cómo cumplir con sus expectativas.</li> <li>● <b>P17-L3</b> Se espera algo de mí, sea en apariencia, sea en conocimiento o en comportamiento, y no lo estoy cumpliendo.</li> <li>● <b>P52-L3</b> Una de las peores experiencias de mi vida porque todo el rato se esperaba que yo hiciera cosas que normalmente no hago.</li> <li>● <b>P8-L1</b> Debería hacer un esfuerzo para tratar de que no parezca que estoy amargada.</li> <li>● <b>P74-L3</b> Fue una presión horrible porque mi mamá siempre también inculcó desde pequeña “tienes que ser una profesional así como lo fui yo”.</li> </ul>
<p><b>Anticipación negativa</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>P64-L2</b> Mi carrera se trata mucho de defender tu punto y hacer exposiciones, entonces es como que siento que puedo fracasar en eso nada más por ser yo ansiosa o tener este nerviosismo.</li> <li>● <b>P20-L2</b> Siempre creo que todo va a salir mal</li> <li>● <b>P14-L 3</b> “Lo está haciendo mal”.</li> <li>● <b>P5-L2</b> “no puedo hacer esto”.</li> <li>● <b>P1-L3</b> “Ay seguramente voy a dar una respuesta muy mala”</li> <li>● <b>P9-L5</b> “ok, me voy a reservar este comentario porque no sé si lo que voy a decir le va a importar”.</li> <li>● <b>P11-L6</b> “bueno, van a ver como muchos defectos en mí,</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P11-L7</b> se van a alejar todos”</li> <li>• <b>P19-L3</b> Pienso que voy a decir algo tonto aquí o hacer el ridículo.</li> <li>• <b>P50-L6</b> Siempre empiezo con lo negativo.</li> <li>• <b>P55-L1</b> Siento que si tomo la iniciativa y las vainas no funcionan me voy a quebrar completamente y no voy a tomar la iniciativa más nunca en mi vida.</li> <li>• <b>P74-L2</b> Desde 4to año yo no dormía pensando que iba a fracasar en la vida, que no iba a quedar en la universidad.</li> <li>• <b>P18-L4</b> Me nombraban el tema “comer” yo temblaba hasta que llegará ese día.</li> </ul>
--	--	---

● Paciente DQ (21)

● Paciente ME (33)

● Paciente AL (23)

● Paciente EP (23)

● Paciente ZA (56)