

**DESCRIPCIÓN DE LOS EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES
SOCIALES EN MODALIDAD GRUPAL EN ADOLESCENTES CON
TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL ATENDIDOS EN LA FUNDACIÓN
HOSPITAL DE LA MISERICORDIA**

Yuly Jasbleidy Cruz Garzón

Rafael Antonio Vásquez Rojas

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Programa de psiquiatría infantil y del adolescente

Bogotá

2019

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Descripción de los efectos del entrenamiento en habilidades sociales en modalidad grupal en adolescentes con trastorno de ansiedad social atendidos en la fundación hospital de la Misericordia

Línea de investigación en trastornos de ansiedad en la infancia

Fundación Hospital de la Misericordia HOMI

Investigación de subespecialización

Investigador principal: Yuly Jasbleidy Cruz Garzón

Co investigador: Rafael Antonio Vásquez Rojas

Asesor metodológico: Lina María Prieto Garzón

Asesor metodológico: Jose Daniel Toledo Arenas

Aprobación

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Agradecimientos

A cada una de las familias y adolescentes participantes en este estudio.

Al Hospital de la Misericordia por su disposición en esta investigación.

Al Dr. Jose Toledo por su dedicación, paciencia y tiempo.

Tabla de contenido

Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción.....	11
Marco teórico.....	13
Contexto histórico.....	13
Generalidades.....	13
Trastorno de ansiedad social en niños y adolescentes.....	14
Epidemiología.....	15
Etiología.....	16
Curso y pronostico.....	19
Diagnostico en niños y adolescentes.....	20
Tratamiento.....	22
Planteamiento del problema.....	24
Justificación.....	26
Objetivos.....	28
Propósitos.....	29
Aspectos metodológicos.....	30
Materiales y métodos.....	43
Aspectos estadísticos.....	47
Organigrama.....	49
Cronograma.....	50
Presupuesto.....	51
Resultados.....	52
Discusión.....	70
Conclusiones.....	78
Referencias bibliográficas.....	79
Anexo 1.....	86
Anexo 2.....	88
Anexo 3.....	89
Anexo 4.....	93

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Variables a evaluar</i>	32
Tabla 2. <i>Cronograma de investigación</i>	50
Tabla 3. <i>Presupuesto de investigación</i>	51
Tabla 4. <i>Escolaridad y grados perdidos</i>	53
Tabla 5. <i>Medidas de probabilidad de la evaluación conductual pre- y posentrenamiento</i> . 55	
Tabla 6. <i>Medidas de tendencia central y dispersión de la evaluación conductual pre- y posentrenamiento</i>	58
Tabla 7. <i>Calificación de severidad de ansiedad por psiquiatra pre- y posentrenamiento</i> . .	59
Tabla 8. <i>Calificación de severidad de ansiedad por adolescente pre- y posentrenamiento</i> .60	
Tabla 9. <i>Escala de miedo a la evaluación negativa (FNE) pre- y posentrenamiento</i>	63
Tabla 10. <i>Medidas de tendencia central y dispersión de escala Liebowitz pre- y posentrenamiento</i>	63
Tabla 11. <i>Medidas de probabilidad de la escala de Liebowitz pre- y posentrenamiento</i>	63
Tabla 12. <i>Medidas de tendencia central y dispersión de calidad de vida pre- y posentrenamiento</i>	64
Tabla 13. <i>Medidas de probabilidad de funcionamiento global pre- y posentrenamiento</i> . ..	64
Tabla 14. <i>Análisis pre- a posentrenamiento de las habilidades sociales</i>	67
Tabla 15. <i>Análisis de severidad de ansiedad calificado por psiquiatría y participantes del pre- a posentrenamiento</i>	68
Tabla 16. <i>Análisis pre- a posentrenamiento de medidas de ansiedad secundaria, calidad de vida y funcionamiento global</i>	69

Lista de figuras

Figura 1. <i>Organigrama</i>	49
Figura 2. <i>Porcentajes de distribución de edad de los participantes.</i>	52
Figura 3. <i>Frecuencia de asistencia a sesiones de entrenamiento en habilidades sociales.</i> ..	54
Figura 4. <i>Frecuencias de puntuación de la escala de miedo a la evaluación negativa (FNE) preentrenamiento.</i>	62
Figura 5. <i>Puntuación de escala de miedo a la evaluación negativa (FNE) posentrenamiento.</i>	62
Figura 6. <i>Frecuencias de puntuación de escala PedsQL 4.0 preentrenamiento.</i>	64

El trastorno de ansiedad social (TAS) es la tercera psicopatología más frecuente, inicia temprano en la adolescencia, tiende a la cronicidad y comorbilidad, causa marcada alteración funcional y disminución de calidad de vida. Su tratamiento incluye el entrenamiento en habilidades sociales, el cual disminuye la ansiedad y mejora el repertorio de habilidades, conservando los beneficios en el tiempo. En Colombia no hay estudios publicados al respecto, por lo cual el objetivo de este estudio fue determinar los cambios producidos en los síntomas ansiosos sociales posterior a entrenamiento en habilidades sociales en modalidad grupal sobre adolescentes con TAS. El presente estudio usó un diseño antes-después sin grupo control que incluyó nueve adolescentes con TAS. El análisis incluyó entrevista clínica semiestructurada, evaluación conductual e instrumentos para medir ansiedad social, calidad de vida y funcionamiento global. Los hallazgos epidemiológicos encontrados fueron similares a otros estudios del mismo tema. Las habilidades sociales moleculares aumentaron después del entrenamiento, no todas con significancia estadística, con predominio en el número de preguntas conversacionales y comentarios auto-reveladores, principalmente en la conversación y petición de cita. La severidad de la ansiedad disminuyó antes y después de la actividad social, variando entre actividades. Lo cual se reflejó en menores puntuaciones en la escala de miedo a la evaluación negativa (FNE) y el Liebowitz, así como mayores puntajes en la escala de calidad de vida y funcionamiento global. Es importante subrayar como limitantes la pérdida importante de participantes durante el entrenamiento, así como la asistencia a aproximadamente la mitad de las sesiones. DeCS: Fobia social, habilidades sociales, psicoterapia.

Social anxiety disorder (SAD) is the third most frequent psychopathology, starts early in adolescence, tends to chronicity and comorbidity, causes marked functional impairment and decreased quality of life. Its treatment includes social skills training, the which decreases anxiety and improves the repertoire of skills, retaining the benefits over time. In Colombia, there aren't published studies in this regard, therefore the objective of this study was determined the changes produced in the symptoms of social anxiety after social skills training in group modality on adolescents with SAD. The present study used a before-after design without a control group that included nine adolescents with SAD. The analysis included a semi-structured clinical interview, behavioral evaluation and instruments to measure social anxiety, quality of life and global functioning. The epidemiological findings found were similar to other studies of the same topic. Molecular social skills increased after training, not all with statistical significance, with predominance in number of conversational question and self-disclosing comments, mainly in the conversation and appointment request. The severity of social anxiety decreased before and after social activity, varying between activities. This was reflected in lower scores on the scale of fear to negative evaluation and on the Liebowitz, likewise, higher scores on the scale of quality of life and global functioning. It's important highlight as limiting, the significant loss of participants during training, as well as attendance at approximately half of the sessions. MeSH: Social Anxiety Disorder, Social Phobia, social skills, social skills training, psychotherapy.

Introducción

El trastorno de ansiedad social (TAS) fue una psicopatología olvidada en la población de niños y adolescentes (1). Actualmente es la tercera psicopatología más frecuente y una de las 10 condiciones que originan cronicidad alrededor de mundo(1). Inicia en la adolescencia temprana, afecta a hombres y mujeres (2)(3)(4), causa marcada alteración funcional, pobre calidad de vida y tiene alta comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, depresivos, uso de sustancias psicoactivas y aumenta el riesgo de suicidio(2)(3)(5)(6).

La etiología del TAS es compleja e involucra componentes genéticos y ambientales, dentro de los cuales se incluye: agregación familiar, timidez, inhibición comportamental, pobre modelamiento social y habilidades sociales precarias u obstaculizadas (2)(7)(8)(9).

El diagnóstico de esta entidad ha sido objeto de discusión, tanto por la definición del umbral que lo califica como psicopatología, la ausencia de criterios ajustados a la población menor de 18 años y la crítica de uso excesivo de fármacos (2)(10)(11). Adicionalmente, la construcción de un método con las actividades paso a paso que permiten al psiquiatra de niños y adolescentes llegar al diagnóstico de esta entidad sigue siendo un terreno impreciso(12)(13)(14).

El tratamiento para el trastorno de ansiedad social incluye los fármacos (principalmente antidepresivos) y la psicoterapia en modalidad cognitivo conductual con o sin entrenamiento en habilidades sociales, en formato individual o grupal, con evidencia de disminución de síntomas ansiosos, mejoría o adquisición de habilidades sociales y persistencia de las

habilidades adquiridas una vez cesa el entrenamiento social (12)(15)(16); con menor efectividad en tratamientos que no incluyen esta estrategia(17).

En Colombia hay publicaciones respecto a la evaluación de las habilidades sociales en niños con déficit de atención con hiperactividad(18), programa de habilidades sociales en estudiantes universitarios de psicología(19), pero no se encontraron estudios publicados sobre intervención grupal en habilidades sociales en adolescentes con TAS.

La presente investigación evaluó el efecto del entrenamiento en habilidades sociales en modalidad grupal en adolescentes con TAS que recibieron tratamiento en la Fundación Hospital de la Misericordia en Bogotá (HOMI). Mediante realización de un inventario de las particularidades en la sintomatología ansiosa social, evaluación de las habilidades sociales por medio de ensayos conductuales pre y post entrenamiento, con medición del cambio en habilidades sociales básicas, síntomas ansiosos sociales, calidad de vida y funcionamiento global, a fin de comparar con los hallazgos en poblaciones no colombianas reportados en la literatura.

El presente estudio tiene varias limitaciones, tales como los sesgos de selección derivados de la no aleatorización en la selección de los adolescentes y ausencia de grupo control y la pérdida de sujetos en el grupo durante entrenamiento; los sesgos de medición como el sesgo de información derivado de la dificultad en la medición de las variables cualitativas relacionadas con las habilidades sociales y el sesgo de atención (efecto Hawthorne) y por el ultimo el sesgo de confusión relacionado a la presencia de tratamiento farmacológico en algunos pacientes.

Marco teórico

Contexto histórico.

Las descripciones iniciales del TAS se originaron a principios de 1900 por Pierre Janet y Paul Hartenberg, relegadas hasta 1966 cuando Marks y Gelder realizaron una descripción de situaciones causantes de temor, muy similares a las actuales y diferenciaron los subtipos específico y generalizado de esta psicopatología(20). Este trastorno solo fue reconocido como entidad diagnóstica en adultos en el DSM III (1980), sus subtipos en DSM III-R (1987) y es hasta DSM IV (1994) que se reconoce formalmente su presencia en niños y adolescentes, proponiendo algunas anotaciones para este grupo etario (1). Con ello se logró diferenciar la ansiedad social de diagnósticos descritos en ediciones previas como el trastorno evitativo de la niñez o el trastorno sobre ansioso (15).

Generalidades.

El TAS se caracteriza por un patrón de temor o ansiedad, desencadenado por una o más situaciones sociales en las cuales él individuo está expuesto al posible escrutinio o crítica de otros(5)(10)(21)(22)(23)(24). Se produce anticipación o enfrentamiento de las situaciones sociales con gran malestar o se evitan dichas situaciones ante la posibilidad de sufrir lo descrito(10)(25)(26). El paciente con TAS presenta auto calificaciones negativas respecto al desempeño propio y a la percepción que otros tienen sobre él, ya que la imagen social que proyecta es de tímido, solitario y poco habilidoso socialmente (6)(23). Adicionalmente hay presencia de síntomas físicos de ansiedad como taquicardia, temblores, diaforesis, rubicundez facial, tensión muscular, cefalea, sensación de ahogo, escalofrío, desmayo y malestar abdominal(20)(23). Al finalizar la exposición social que el individuo considera

amenazante, la ansiedad reduce notoriamente, pero persiste un estado de hiper-alertamiento a nuevos ambientes precipitantes(23).

Tal vez, por las particularidades descritas, la construcción sintomática de este trastorno sigue siendo difusa y generalmente el individuo consulta por los síntomas somáticos o por síntomas de otra psicopatología comórbida (23).

Las situaciones sociales que más comúnmente desencadenan ansiedad incluyen: interactuar con otros en una conversación, expresar desacuerdo o hablar con personas de autoridad, hablar en público, ir a una fiesta, ir a una cita, invitar a alguien a salir, escribir, trabajar o comer mientras se es observado(5)(6)(20)(23)(27).

Trastorno de ansiedad social en niños y adolescentes.

Los especificadores en este grupo etario incluyen: la presencia de ansiedad en la interacción con niños de la misma edad y no solo con adultos, manifestaciones en el comportamiento como llanto, berrinches, retraimiento y posibilidad de no percibir o describir los temores como excesivos o irracionales(15)(25).

Las manifestaciones sintomáticas puedan variar con la edad y por ello los criterios deben ser precisados por el psiquiatra de niños en las distintas etapas evolutivas (1). Estudios como el de Rao y colaboradores encuentran diferencias en las manifestaciones clínicas del trastorno de ansiedad social en niños y adolescentes (1). Los adolescentes manifiestan mayor ansiedad y evitación, tienen pocos amigos, sufren de mayores sentimientos de soledad o aislamiento, conviven con un mayor componente cognitivo ansioso, pueden mostrar un menor tiempo de

latencia del discurso y mayor habilidad en juegos de rol al ser comparados con el grupo de menor edad, los cuales tienen menores habilidades que los individuos sin el trastorno(1)(5)(24).

Epidemiologia

La prevalencia del TAS en la adolescencia se ha estimado entre 1.4 a 16% (2)(5)(10)(16)(21)(24)(26), por lo cual es el tercer trastorno más común a lo largo de la vida (1)(22). Presenta variación en la prevalencia a lo largo de los estudios y las poblaciones, por factores como los criterios empleados, con aumento en las cifras con criterios DSM IV(2)(6), y el grupo cultural y étnico, con menores valores en las ciudades del suroriente asiático que en las ciudades occidentales posiblemente en relación a que las preocupaciones sociales emergen en torno al tipo de inclinación de la sociedad donde se habita (2). A este respecto, en las ciudades asiáticas se ha postulado la existencia de un tipo de ansiedad social llamado *taijin-Kyofu-sho*, el cual involucra el temor a ofender a otros por avergonzarlos o por hacerlos sentir incómodos(15)(16)(28).

El TAS predomina en la población femenina en los estudios epidemiológicos, mientras que en los clínicos la distribución masculina-femenina es similar(2)(3)(4)(15) o con ligero predominio de población masculina(28). Estas diferencias resultan de factores como patrones de aprendizaje, vulnerabilidad a estresores y roles de género(12)(29). En las mujeres se pueden desarrollar un más amplio rango de miedos, principalmente ligados a la percepción de menor valoración de su trabajo, expresados con menor dificultad dado que los síntomas son compatibles con los roles sociales femeninos esperados culturalmente(12)(29). Los hombres mantienen los síntomas ocultos dada su menor aceptación social y solo buscan

ayuda por la dificultad para establecer o mantener relaciones de pareja o por la presencia de uso nocivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas (12)(29).

La edad de inicio varía entre los 8 a 13 años (2)(3)(4), con algunos reportes de inicio temprano a los 5 años (22)(23)(27). Hay menor edad de inicio para los hombres (2)(3)(4) y mayor severidad en los síntomas de inicio temprano (23). El trastorno comienza en relación con el aumento en las demandas sociales individualizadas y un menor involucramiento de los padres en la organización de la interacción social (1)(2)(25) .

Etiología.

Se han implicado varios factores etiológicos que incluyen genéticos y ambientales (22). Dentro de los factores genéticos: estudios en gemelos muestran concordancias de 24.4% en monocigotos y 15.3% en dicigotos; elevadas tasas de TAS entre los familiares de primer grado de pacientes con esta psicopatología (hijos o padres), mayor si los dos padres presentan el trastorno, lo cual aumenta el riesgo 2-6 veces, conllevando a una heredabilidad aproximada del 65%(2)(16)(23)(27). Esta heredabilidad tiene componentes específicos y compartidos con otros trastornos de ansiedad, depresión y abuso de alcohol; con hallazgos contradictorios respecto a la participación de los genes del receptor y transportador de serotonina y dopamina(2), variantes del gen del receptor B adrenérgico y la catecol-o-metiltransferasa.

Respecto al temperamento, la mayoría de estudios describen la inhibición comportamental, la timidez y la baja activación comportamental, como factores que elevan el riesgo de ansiedad social(22)(30). La inhibición comportamental se caracteriza por la renuencia a interactuar con personas, objetos o situaciones no familiares, retraimiento en dichos

escenarios, temor, disminución o cese de vocalización, aumento de frecuencia cardíaca, dilatación pupilar y el nivel de cortisol en saliva, situaciones también vistas en el TAS (10)(25)(26). Schwartz y colegas encontraron que el 61% de adolescentes con TAS presentaban inhibición comportamental en la etapa preescolar(7), por lo cual se ha postulado que la inhibición comportamental es una manifestación temprana del trastorno en la niñez o un factor de riesgo significativo (7)(10), el cual aumenta el riesgo de TAS 4-7 veces (2)(25)(26)(31).

La timidez y el TAS comparten características como la activación autonómica con síntomas somáticos como temblor, sudoración y rubicundez, síntomas cognitivos como temor a la evaluación negativa y comportamentales como conductas de evitación y déficit en habilidades sociales (8)(9). Por lo cual la diferencia no es clara y el límite entre la timidez (considerada normal o subumbral) y el trastorno de ansiedad social se ha basado en la mayoría de casos en una diferencia cuantitativa fundamentada en el número de temores o en la gravedad de las conductas evitativas, así como en la alteración en el funcionamiento(9). La prevalencia de timidez es 40-50%, en contraste con la del TAS, ya descrita, con solo 12.4% de adolescentes que se consideraron tímidos en el estudio de Burstein con criterios para TAS, siendo la timidez más frecuente en los adolescentes de menor edad y/o mujeres y el trastorno más frecuente en los adolescentes mayores(11)(32). La timidez puede predecir en algunos individuos el desarrollo del trastorno como tal, al incrementar dos a tres veces su probabilidad(8)(27), pero no es un requisito absoluto ni sinónimo de TAS (16).

A pesar de los factores genéticos descritos, estos solo cuentan por un tercio de la influencia en el desarrollo del trastorno y son más relevantes en cuadros de inicio más temprano(25).

Los otros dos tercios de la influencia son factores ambientales(25). Motivo por el cual los factores genéticos son una vulnerabilidad sobre la cual los factores ambientales actúan para permitir la expresión de la psicopatología(23).

Respecto a los factores ambientales: las teorías del aprendizaje social describen que la historia de resultados adversos en la interacción social, como burlas, crítica, matoneo, rechazo por otros, un evento humillante específico, pérdida de modelamiento en estrategias de afrontamiento cognitivas y comportamentales para manejo de situaciones sociales, limitación en las oportunidades sociales de práctica y por ende alteración de las habilidades sociales, pueden contribuir al desarrollo del TAS (2). Clark, Arkowitz y Wells sugieren que los déficits en las habilidades sociales son el resultado de la ansiedad y el excesivo auto chequeo durante la interacción social(33), lo que conlleva a una auto imagen mental negativa y una imagen ambiental amenazante(34); sin embargo Beidel, Turner, Dancu y colegas han encontrado déficits en las habilidades sociales aun controlando el nivel de ansiedad, discusión que persiste a la actualidad(35)(36)(37). En los niños y adolescentes con TAS se ha descrito pérdida del contacto ocular, bajo volumen de la voz, tono inapropiado, latencias largas de discurso, pérdida de discurso espontaneo, menor longitud del discurso y menos asertividad en respuestas(17), así como menor recuerdo en tópicos ante una exposición y transiciones inadecuadas entre temas(33).

También se han involucrado la crianza sobreprotectora, padres ansiosos socialmente con tendencia al retraimiento, evitación, mayor preocupación por la opinión de otros con percepción de amenazas en situaciones ambiguas y con estilos rígidos de personalidad, principalmente de tipo obsesivo (2)(22)(23)(25). Adicionalmente la psicopatología parental

como los trastornos de ansiedad y depresión se han relacionado al TAS en los hijos (30). Las separaciones prolongadas de los padres en la niñez o adolescencia temprana (25) y la enfermedad crónica en la niñez(30) se han postulado como factores de riesgo.

Curso y pronóstico.

El TAS tiende a la cronificación, con pocas tasas de remisión (2)(3)(10)(21)(22)(38) y marcada alteración funcional multinivel(2)(10)(21), predominantemente en el sexo masculino(3) y en los individuos con inicio más tempranos de los síntomas (22). Los individuos con TAS refieren en un 75% de casos no tener amigos, 76.2% tener menos amigos, 50% no participar en actividades extracurriculares, 35% conductas evitativas y 11% rechazo a asistir a la escuela en la adolescencia(5)(6). Lo cual conduce a menor logro educativo o abandono escolar, salarios más bajos en la adultez, desempleo y menor calidad de relaciones tanto familiares como amistosas y románticas(26), que conducen a menor calidad de vida(16).

El TAS aumenta el riesgo de suicidio y presenta comorbilidad en el 60-80% de individuos (3). Las comorbilidades incluyen: depresión mayor, distimia; otros trastornos de ansiedad, principalmente ansiedad generalizada, agorafobia y pánico; trastorno obsesivo compulsivo; trastornos por uso de sustancias psicoactivas predominantemente legales, como abuso de alcohol(2)(3)(11)(21)(25)(27)(39); trastorno de estrés postraumático; trastorno oposicional desafiante; déficit de atención con hiperactividad(3) y trastornos de la conducta alimentaria(25). En la mayoría de los casos el TAS precede a los otros trastornos(2)(10)(24)(38)(39). En niños y adolescentes el trastorno comórbido más frecuente es el de ansiedad generalizada y en el grupo de niños preadolescentes se evidencia adicional comorbilidad con

trastorno de ansiedad por separación(1)(23), fobia específica y mutismo selectivo(5). Este último se considera en algunos estudios como una forma temprana y severa del TAS (16)(27).

Diagnostico en niños y adolescentes.

El TAS es objeto de constantes discusiones que cuestionan el umbral para su existencia como psicopatología y por ende los criterios diagnósticos que definen dicho umbral (23). Las discusiones incluyen la sobre posición con otros diagnósticos, como el trastorno evitativo de la niñez y el trastorno sobre ansioso, en las versiones previas a DSM IV(6)(25); la concepción del trastorno como una categoría discreta, cualitativamente distinta, hasta la concepción de un continuum de severidad que incluye la inhibición comportamental, la timidez sin evitación social, la timidez con alguna evitación, la ansiedad social simple o de desempeño ya calificada como psicopatológica, y la ansiedad social generalizada (2)(40). Adicionalmente, se ha propuesto que la ansiedad social es psicopatológica si el individuo presenta alteración funcional, sin embargo, que el individuo perciba alteración puede no estar relacionado con la interferencia de la ansiedad, dado que hay individuos con altos niveles de ansiedad que no perciben estos como disfuncionales y algunos con temores o ansiedad de menor nivel que ven esta como un claro impedimento a sus actividades cotidianas(2). Se concluye que si el individuo percibe los temores sociales como disfuncionales y busca ayuda para solucionarlos, esto marca el límite de la psicopatología y con ello el ingreso a la intervención médica y al diagnóstico(11). Hay evidencia que sugiere que el umbral diagnostico usado por los profesionales de salud mental difiere a lo largo de las culturas(28) y que los trastornos de ansiedad puros son poco estables en el tiempo(38). Todas estas discusiones conllevan a un método de diagnóstico que podría no ser confiable o no presentar invarianza(41), lo cual es

más evidente en la población de niños y adolescentes, en la cual es necesario ajustar los criterios en relación a los cambios con la edad.

El diagnóstico del TAS en niños y adolescentes a lo largo de los estudios se ha realizado por medio de entrevistas semiestructuradas basadas en los criterios de DSM, tales como la entrevista de trastornos de ansiedad versión niños y padres (ADIS-C/P) y la entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI) (12)(13)(14). Instrumentos como el inventario de ansiedad y fobia social (SPAI) y su versión para niños (SPAI-C), el cual es de auto reporte, mide la ansiedad social a nivel cognitivo, somático y comportamental a lo largo de varias situaciones sociales; la escala de fobia social (SPS) de 20 ítems auto reportados para medir reacción ante situaciones de desempeño frente a otros; la escala de ansiedad a la interacción social (SIAS) de auto reporte, analiza reacciones cognitivas, afectivas y comportamentales a situaciones de interacción; la escala de ansiedad social para niños revisada (SASC-R), la escala de ansiedad social para adolescentes (SAS-A), inventario de fobia social (SPIN), la escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS-CA) y el módulo para fobia social del instrumento Kiddie para trastornos afectivos y esquizofrenia para niños en edad escolar (K-SADS) (12)(13)(14). Para evaluar resultados al tratamiento se ha usado SPAI-C, SAS-A, SASC-R, SPIN y LSAS-CA (12)(13)(14).

Una parte importante del diagnóstico del TAS es la evaluación del comportamiento social del individuo, espontáneo y/o medio por medio del test de análisis comportamental (BATs), en el cual se realizan breves juegos de rol relacionados a situaciones sociales que pueden producir temor, como dar un discurso a un grupo pequeño o conversar con un extraño del mismo o del sexo opuesto(13). En estas situaciones el individuo califica su propia ansiedad

y el entrevistador la ansiedad y la calidad de los comportamientos sociales, como contacto ocular, postura, volumen de la voz y contenido verbal(13) (16).

Se han medido características asociadas al TAS como: el funcionamiento global, por medio de instrumentos como la escala de análisis global de niños (K-GAS), el índice de discapacidad de Sheehan (SDI); la calidad de vida, por medio del inventario de calidad de vida (QOLI) y otras características como los sentimientos de aislamiento por medio de la escala de soledad (LS) y timidez por medio de la escala de timidez de Cheek y Buss revisada (RCBSHY) (12)(13)(14).

Tratamiento.

Solo la mitad de los afectados buscan tratamiento, generalmente 15 a 20 años después del inicio de los síntomas (16)(42), por lo cual el uso de servicios médicos es bajo, así como el uso de medicación, lo cual contradice la crítica sobre la “farmacolización” de esta psicopatología(4)(19).

Las modalidades de tratamiento del TAS incluyen estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas. Las primeras basadas en el uso de antidepresivos tipo inhibidores de la recaptación de serotonina o inhibidores de la recaptación serotonina-noradrenalina, con tiempos de uso aproximado de un año después de lograr estabilización de los síntomas(16).

Las estrategias psicoterapéuticas incluyen: la terapia cognitivo-comportamental que involucra técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, exposición gradual en imaginación y en vivo y entrenamiento en habilidades sociales (34). Reuniendo el

entrenamiento en habilidades sociales, las experiencias de generalización a los pares y la exposición en vivo individualizadas se ha construido la terapia de efectividad social, la cual ha mostrado resultados similares al entrenamiento social sin otros componentes(43).

El entrenamiento en habilidades sociales se basa en la instrucción, el modelamiento y el ensayo conductual, los cuales pueden realizarse en formato individual y grupal, ambos mostrando efectividad(37)(44) , con cerca de 70% de mejoría sintomática, principalmente en disminución de ansiedad y mayores habilidades sociales, persistencia de mejoría, en algunos estudios más de 7.4 años(37), y menor efectividad en tratamientos que no incluyen esta estrategia (17).

El entrenamiento en habilidades sociales se basa en la premisa que los individuos con TAS padecen un déficit en el aprendizaje de dichas habilidades o una limitación en el uso de estas por la presencia de ansiedad(17)(45). En tal situación la enseñanza de las habilidades o su refuerzo, al permitir la práctica de las situaciones sociales problema, incrementa el confort en la situación, disminuye la sintomatología ansiosa, mejora el repertorio de habilidades y su dominio (36)(45). Beidel y colegas reportan funcionamiento en los pacientes posterior a la intervención sin diferencias significativas a los individuos sin psicopatología (43).

En Colombia no se encontraron estudios publicados respecto al entrenamiento en habilidades sociales en adolescentes con trastorno de ansiedad social; los estudios con temáticas cercanas se han realizado en niños con déficit de atención con hiperactividad(18) y estudiantes universitarios de psicología sin psicopatología(19).

Planteamiento del problema

- Planteamiento del problema:

El trastorno de ansiedad social (TAS) es uno de los más comunes en la población pediátrica. Predomina en el grupo femenino en los estudios epidemiológicos, pero tiene proporciones similares entre los géneros en los estudios clínicos. Tiene prevalencias de hasta 16%, que varían según el área geográfica, menores en los países orientales y mayores en los occidentales.

La etiología de este trastorno es multifactorial e involucra factores genéticos y ambientales. Estos últimos basados según las teorías de aprendizaje social, en modelamiento social precario o inapropiado, condicionamiento social adverso por eventos sociales humillantes que alteran las habilidades sociales al evitar la adquisición de un repertorio adecuado o por bloqueo de las adquiridas ante la ansiedad al desempeño.

El trastorno de ansiedad social tiende a la cronicidad. Presenta comorbilidad de hasta 80%, que precede en la mayoría de casos a otras psicopatologías. Se asocia con intenso sufrimiento emocional e implica una importante alteración funcional y carga de la enfermedad, por lo cual es importante realizar el diagnóstico e iniciar un tratamiento ajustado a las características de este grupo etario.

Los tratamientos incluyen estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas; principalmente de orientación cognitivo conductual, que contienen el entrenamiento en habilidades sociales, útil al promover el comportamiento social pragmático, paralingüístico y disminuir la

ansiedad pre y durante la interacción social, con persistencia de los logros varios años después de finalizar el tratamiento.

En Colombia ni en Latinoamérica se encontraron estudios publicados de entrenamiento en habilidades sociales dirigidos a la población con trastorno de ansiedad social.

Este estudio evaluó a través de auto registros y ensayos conductuales los comportamientos sociales inhibidos o alterados de adolescentes con trastorno de ansiedad social atendidos en la fundación Hospital de la Misericordia en Bogotá. Se especificaron las particularidades comportamentales esta población, los cambios sobre los síntomas posterior al entrenamiento en habilidades sociales en modalidad grupal a nivel de la percepción de ansiedad, mejoría o adquisición de habilidades sociales, calidad de vida y funcionamiento global.

- Pregunta de investigación:

¿Qué cambios produce el entrenamiento en habilidades sociales en modalidad grupal sobre los síntomas del trastorno de ansiedad social de un grupo de adolescentes atendidos en la Fundación Hospital de la Misericordia en Bogotá?

P: Adolescentes con trastornos de ansiedad social que reciben tratamiento en la fundación hospital de la Misericordia en Bogotá

I: Entrenamiento en habilidades sociales en modalidad grupal.

C: No se planteó grupo de comparación.

O: Cambio en la sintomatología ansiosa social, tanto en la ansiedad como en la adquisición o mejoría del repertorio de habilidades sociales básicas.

Justificación

El trastorno de ansiedad social es la tercera psicopatología más frecuente en la población. Tiende a la cronificación y complicación; presenta alta comorbilidad, generalmente como precursor de otras psicopatologías, y conduce a marcada alteración funcional. Por lo cual su identificación y tratamiento disminuye la repercusión en el individuo, la familia actual y la posible familia futura, el área laboral con la disminución de desempeño y los costos que para el Estado representa esto.

Este estudio baso su interés en tres líneas. En primer lugar, en el conocimiento, al tener como finalidad describir las particularidades de los comportamientos sociales alterados en un grupo de adolescentes con trastorno de ansiedad social atendidos en la Fundación Hospital de la Misericordia en Bogotá, Colombia y evaluar los cambios en la sintomatología ansiosa social y el repertorio de habilidades sociales después del entrenamiento en habilidades sociales en modalidad grupal. El presente estudio pretendió comparar sus hallazgos con los de trabajos en otras poblaciones.

En segundo y tercer lugar, en la implicación práctica y social, respectivamente: al contribuir como enfoque inicial de los adolescentes con trastorno de ansiedad social en la población propia, con las particularidades que pueden encontrarse tanto en las situaciones sociales problemáticas, como en los resultados del entrenamiento en habilidades sociales. Hecho que podría brindar sugerencias para ajustar la intervención, inicialmente en el grupo de adolescentes tratados o grupos de adolescentes similares tratados en la misma institución hospitalaria y posteriormente en adolescentes con características clínicas y sociodemográficas similares, subrayando que la intervención requiere pocos recursos físicos,

es una alternativa inicial a ofrecer a padres con amplios temores respecto a las estrategias farmacológicas y una intervención coadyuvante al manejo farmacológico, mejorando su respuesta, lo cual la hace costo-efectiva.

Respecto a los adolescentes en el grupo de intervención se buscó disminuir los síntomas ansiosos sociales y adquirir o mejorar las habilidades sociales cotidianas, con lo cual mejoraría la calidad de vida y pronóstico.

Este estudio, aunque no permite generalizar los resultados a todos los adolescentes Bogotanos o colombianos como sería el ideal, podrá darnos herramientas para realizar ajustes en las intervenciones a adolescentes similares a los incluidos en este grupo y podrá ser un punto de referencia para estudios que incluyan adolescentes con trastorno de ansiedad social de varias áreas geográficas y grupos étnicos del país.

Objetivos

- General:

Determinar los cambios producidos en los síntomas ansiosos sociales posterior a la intervención grupal de entrenamiento en habilidades sociales en un grupo de adolescentes con trastorno de ansiedad social tratados en la consulta externa de psiquiatría infantil de la fundación hospital de la Misericordia HOMI en Bogotá.

- Específicos:

- Caracterizar el grupo de adolescentes con trastorno de ansiedad social que asisten a tratamiento a la fundación hospital de la Misericordia.

- Describir los comportamientos sociales inhibidos o alterados de los adolescentes con trastorno de ansiedad social atendidos en la fundación hospital de la Misericordia.

- Evaluar el desempeño conductual de habilidades sociales básicas como las conversacionales, concertación de citas, asertividad y el discurso improvisado en la población descrita.

- Describir los cambios en calidad de vida y funcionamiento global del pre- a la posintervención.

Propósitos

Ajustar la intervención grupal de entrenamiento en habilidades sociales a las particularidades de los adolescentes descritos, para disminuir la presencia de ansiedad ante el desempeño de actividades sociales y promover la adquisición o mejoría de un repertorio de habilidades sociales básicas, a fin de mejorar las interacciones cotidianas, igualar o acercar al adolescente con trastorno de ansiedad social a aquellos sin psicopatología y con ello mejorar calidad de vida y pronóstico social a corto, mediano y largo plazo.

Aspectos metodológicos

- Tipo de estudio: Estudio antes-después, sin grupo control.
- Población: La totalidad de adolescentes que cumplen todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión. Se toma como adolescentes, la definición de OMS de individuos con edades entre 10 y 18 años, sexo masculino y femenino.

Criterios de inclusión:

- Adolescentes con diagnóstico de trastorno de ansiedad social según los criterios de DSM 5, establecido mediante entrevista clínica semiestructurada, tratados en la Fundación Hospital de la Misericordia en Bogotá.
- Consentimiento informado firmado por los padres o tutor legal del adolescente.
- Asentimiento del adolescente para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes con discapacidad intelectual leve, moderada o de mayor severidad, determinada por entrevista clínica según los criterios de DSM 5 y/o WISC IV.
- Adolescentes con clínica del espectro autista establecida mediante entrevista clínica semiestructurada basada en los criterios de DSM 5.
- Adolescentes con trastornos psicóticos, establecido mediante entrevista clínica semiestructurada basada en los criterios de DSM 5.
- Adolescentes con trastornos de conducta, establecido mediante entrevista clínica semiestructurada basada en los criterios de DSM 5.
- Adolescentes con trastornos por uso de sustancias psicoactivas comórbido, establecido mediante entrevista clínica semiestructurada basada en los criterios de DSM 5.

Los sujetos se reclutaron por la investigadora principal a partir de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión citados, asistían regularmente a la consulta externa de psiquiatría infantil del Dr. Rafael Vásquez, donde se les invito a participar, se obtuvo su asentimiento y el consentimiento informado de los padres y/o tutores legales.

- Sesgos:
 - De selección: derivados de la no aleatorización en la selección de los adolescentes, tamaño grupal pequeño no representativo, ausencia de grupo control en este tipo de estudio y la pérdida de sujetos en el grupo durante el entrenamiento. Este sesgo no fue posible de controlar, dada la ausencia de mayor cantidad de adolescentes asistentes regularmente a la consulta externa de HOMI que cumplieran los criterios de inclusión y ninguno de exclusión. Dado lo descrito la población analizada se eligió principalmente por accesibilidad.
 - De medición: Tales como el sesgo de información derivado de la dificultad en la medición de las variables cualitativas relacionadas con las habilidades sociales ante la ausencia de calificaciones objetivas y variables alrededor de los textos y estudios. Este tipo de sesgo se presenta en todos los estudios de evaluación de comportamiento en las áreas de psiquiatra, psicología y ciencias humanas, ya que la evaluación recae en el entrenamiento del investigador, en este caso el sesgo es menor por la realización de la evaluación por la investigadora principal, psiquiatra ya formada, con electiva en niños durante su formación de posgrado, trabajo en unidad de niños por un año y actualmente culminando la formación del programa de subespecialidad de psiquiatría de niños y adolescentes, así como por la revisión de las evaluaciones por el investigador secundario Dr Rafael Vásquez, con amplia experiencia en el campo.
 - Sesgo de atención (efecto Hawthorne) producido por el conocimiento que tienen los participantes sobre su ingresas a un grupo de intervención, donde se valoraran sus

habilidades sociales, lo cual puede inducir cambios en estas. Este es un efecto inevitable de este tipo de intervención conductual e imposible de controlar.

- Sesgo de confusión relacionado a la presencia de tratamiento farmacológico en algunos pacientes.

- Variables:

Tabla 1. *Variables a evaluar*

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Edad	Duración de la existencia de un individuo medida en el tiempo.	Edad en años cumplido.	Cuantitativa, discreta
Sexo	Condición biológica y genética que determina si un ser humano es hombre o mujer, evidenciada por características físicas primarias y secundarias.	0. Hombre. 1. Mujer	Cualitativa, nominal
Sitio de nacimiento	Zona geográfica de Colombia donde un individuo nació.	Medida en los 32 departamentos y Bogotá, el distrito capital.	Cualitativa, nominal.
Sitio de residencia	Zona geográfica de Colombia donde un individuo nació.	Medida en los 32 departamentos y Bogotá, el distrito capital.	Cualitativa, nominal.
Estrato socioeconómico	Clases o grupos en que se divide la población de acuerdo a su poder adquisitivo y nivel social	Según DANE de 1 a 6.	Cualitativa, ordinal
Personas con las que habitualmente vive	Personas con las cuales vive en el mismo espacio, comparten gastos, alimentos y tiempo.	1. Ambos padres 2. Solo padre 3. Solo madre 4. Otros familiares 5. Otras personas	Cualitativa, nominal
Escolaridad	Conjunto de años y cursos que un estudiante realiza en un establecimiento educativo formal.	Ultimo año cursado y aprobado en el sistema educativo formal. 1. Quinto grado 2. Sexto grado 3. Séptimo grado 4. Octavo grado 5. Noveno grado 6. Décimo grado	Cualitativa, ordinal

		7. Once grado 8. Universidad 9. Otro nivel educativo 10. No escolarizado	
Grados perdidos	Uno o más años lectivos o educativos no aprobado.	0: No 1. Si	Cualitativa, nominal
Comorbilidad	Presencia de otro trastorno mental concomitante diferente el trastorno de ansiedad social	0. No 1. Si	Cualitativa, nominal
Tipo de comorbilidad	Tipo de trastorno mental presente concomitante al trastorno de ansiedad social, según la clasificación del DSM.	1. Trastornos depresivos 2. Trastornos de ansiedad 3. Trastorno obsesivo compulsivo o espectro TOC 4. Trastornos de la conducta alimentaria 5. Trastorno por síntomas somáticos 6. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad 7. Trastornos del aprendizaje 8. Ci limite 9. Trastornos del lenguaje	Cualitativa, nominal
Contacto visual	Forma de comunicación no verbal en que una persona mira al otro directamente a los ojos. Sirve para sincronizar, acompañar o complementar el discurso hablado, así como intensificar las emociones durante la interacción y mostrar implicación o no en esta.	Porcentaje de tiempo durante el cual el paciente mira directamente a los ojos al otro mientras le habla o escucha. Medida en porcentaje 0: 0% sin contacto visual. 1: 0-39% contacto visual ocasional. 2: 40-59% contacto visual la mitad del tiempo. 3: 60-89% contacto visual usual. 4: 100% contacto visual constante.	Cualitativa, ordinal
Tono de voz	Comunica sentimientos y emociones, da matices al contenido verbal.	0. Flexible 1. Inflexible	Cualitativa, nominal
Expresión facial	Expresión en la cara de emociones (alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira, desprecio), comprensión o realimentación respecto al	Presencia de expresión facial acorde con el mensaje que se intenta transmitir. 0. Adecuada 1. Inadecuada	Cualitativa, nominal.

	discurso hablado. Actúa como metacomunicación.		
Claridad en relato	Pronunciación y velocidad adecuadas de la persona que habla lo cual la haga comprensible al otro.	Presencia de claridad: 0. Adecuada 1. Inadecuada	Cualitativa, nominal.
Adecuación afectiva	Modulación del tono emocional y la responsividad al contenido verbal y la interacción, lo cual depende del grado en que el paciente adecua su tono de voz, expresión facial, claridad en el relato.	Presencia de todas las características de esta habilidad durante la intervención. 0. Presente 1. Ausente	Cualitativa, nominal.
Volumen de voz	Percepción sonora que un ser humano tiene de la voz de otro.	Volumen de voz suficiente para ser claramente oído. 1. Extremadamente bajo o inaudible 2. Bajo 3. Adecuado 4. Alto 5. Extremadamente alto o gritos	Cualitativo, ordinal.
Expresiones gestuales adecuadas a la situación	Lenguaje preverbal o no verbal por medio de movimientos faciales, de brazos, manos o piernas adecuados a la situación, los cuales enfatizan los comentarios del individuo e intentan comunicar información.	Presencia de dicho componente la mayoría de veces que habla el paciente al otro. 0. Adecuada 1. Inadecuada	Cualitativa, nominal.
Postura	Posición del cuerpo, forma en que está de pie o sentada una persona, lo cual refleja actitudes y sentimientos sobre sí misma y la relación con el otro. Puede ser una postura congruente, es decir que imita o es el espejo de la del otro. Incluye calidez como acercarse a otro, orientación hacia el otro, mantener piernas y brazos abiertos.	Se miden como: 0. Congruente 1. Incongruente	Cualitativa, nominal.

Preguntas conversacionales	Preguntas formuladas por el paciente que dan lugar a la obtención de información del otro, las cuales pueden ser peticiones directas de información o comentarios del tipo “cuéntame más, como es eso...”	Número de veces que el paciente formula una pregunta conversacional al otro individuo durante toda la intervención. Medida en números enteros.	Cuantitativa, discreta.
Comentarios auto-reveladores	Verbalización de enunciados que transmiten información adecuada acerca de uno mismo, revelan intereses, actividades, aficiones, preferencias y opiniones.	Número de veces que el paciente emite frases que revelan información adecuada al otro individuo durante toda la intervención. Medida en números enteros.	Cuantitativa, discreta.
Cumplidos, expresiones de aprecio o elogio	Observaciones corteses y agradables para el otro.	Número de veces que el paciente hace un comentario de estos al otro individuo durante toda la intervención. Medida en números enteros.	Cuantitativa, discreta.
Solicitud de cita	Pedir seguir en contacto con el otro individuo, mostrando intereses por volver al ver al otro, averiguar si el otro también desea seguir en contacto, dar indicio de la actividad a realizar especificando día, hora y lugar.	Realización de la solicitud de cita durante la intervención. 0. Si 1. No	Cualitativa, nominal.
Expresiones de comprensión y del problema	Expresión por parte del paciente que indica la existencia y naturaleza de una situación conflictiva o que transmita que entiende el punto de vista del otro, no como una disculpa al otro o una excusa.	Presencia de alguna expresión de comprensión o expresión de problema durante la intervención. 0. Presente 1. Ausente	Cualitativa, nominal.
Desacuerdo verbal	Expresiones que transmiten oposición o desacuerdo con la conducta poco razonable del otro.	Presencia de expresiones de desacuerdo durante la intervención. 0. Presente 1. Ausente	Cualitativa, nominal.
Petición de cambio o solución	Expresiones que sugieren o solicitan que el otro cambie una conducta	Presencia de dichas expresiones durante la intervención.	Cualitativa, nominal.

	inaceptable o proponen una solución.	0. Presente 1. Ausente	
Expresiones de sentimientos personales	Frases indicando los propios sentimientos respecto a la conducta del otro.	Presencia de dichas frases durante la intervención. 0. Presente 1. Ausente	Cualitativa, nominal.
Conducta positiva recíproca	Ofrecimiento de una conducta positiva para corresponder a lo que ha hecho el otro.	Presencia de dichas frases durante la intervención. 0. Presente 1. Ausente	Cualitativa, nominal.
Duración de la intervención	Tiempo que transcurre entre el principio y el fin de la intervención.	Promedio de tiempos transcurridos desde que el paciente inicia a hablar hasta que termina en cada intervención, sobre el tiempo total de la conversación semiestructurada o juego de rol. Medido en segundos.	Cuantitativa, continúa.
Duración del discurso	Tiempo que transcurre entre el principio y el fin del discurso improvisado	Segundos desde que inicia el discurso hasta que lo finaliza.	Cuantitativa, continúa.
Efectividad en pre verbal	Presencia de las características pre verbales como tono de adecuación afectiva, expresión facial, expresión gestual y postura.	Moda de cada una de las habilidades moleculares descritas en conversación, cita, aceptación y oposición, moda de lo encontrado estos 4 campos. 0. Presente 1. Ausente	
Situaciones sociales temidas	Situaciones sociales más frecuentemente temidas por adolescentes	Se realiza la descripción de la situación y la frecuencia de reporte de ella	Cualitativa nominal,
Situaciones sociales evitadas	Situaciones sociales más frecuentemente evitadas por adolescentes	Se realiza la descripción de la situación y la frecuencia de reporte de ella	Cualitativa nominal.
Ansiedad basal calificada por entrevistador en habilidad conversacional	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificada por psiquiatra entrevistador previo a la intervención sea este juego de rol o intervención semiestructurada. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal

Ansiedad posterior calificada por entrevistador en habilidad conversacional	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificada por psiquiatra entrevistador posterior a la intervención sea este juego de rol o intervención semiestructurada. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal
Ansiedad basal calificada por entrevistador en concertación de citas	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificada por psiquiatra entrevistador previo a la intervención sea este juego de rol o intervención semiestructurada. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal
Ansiedad posterior calificada por entrevistador en concertación de citas	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificada por psiquiatra entrevistador posterior a la intervención sea este juego de rol o intervención semiestructurada. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal
Ansiedad basal calificada por entrevistador en aceptación asertiva	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificada por psiquiatra entrevistador previo a la intervención sea este juego de rol o intervención semiestructurada. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal
Ansiedad posterior calificada por entrevistador en aceptación asertiva	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificada por psiquiatra entrevistador posterior a la intervención sea este juego de rol o intervención semiestructurada. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal

Ansiedad basal calificada por entrevistador en oposición asertiva	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificada por psiquiatra entrevistador previo a la intervención sea este juego de rol o intervención semiestructurada. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal
Ansiedad posterior calificada por entrevistador en oposición asertiva	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificada por psiquiatra entrevistador posterior a la intervención sea este juego de rol o intervención semiestructurada. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal
Ansiedad basal calificada por entrevistador en discurso improvisado	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificada por psiquiatra entrevistador previo el discurso improvisado. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal
Ansiedad posterior calificada por entrevistador en discurso improvisado	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificada por psiquiatra entrevistador posterior el discurso improvisado. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal
Ansiedad global basal calificada por entrevistador	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Moda de calificaciones de ansiedad basal realizadas por psiquiatra entrevistador.	Cuantitativa,
Ansiedad global posterior calificada por entrevistador	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Moda de calificaciones de ansiedad posinteracción realizadas por psiquiatra entrevistador.	Cuantitativa,
Ansiedad basal	Estado emocional de anticipación de un daño o	Calificados por el paciente previo a la intervención sea	Cualitativa, ordinal

autocalificada en habilidad conversacional	desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	este juego de rol o intervención semiestructurada. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	
Ansiedad posterior autocalificada en habilidad conversacional	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificados por el paciente posterior a la intervención sea este juego de rol o intervención semiestructurada. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal
Ansiedad basal autocalificada en concertación de citas	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificados por el paciente previo a la intervención sea este juego de rol o intervención semiestructurada. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal
Ansiedad posterior autocalificada en concertación de citas	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificados por el paciente posterior a la intervención sea este juego de rol o intervención semiestructurada. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal
Ansiedad basal autocalificada en aceptación asertiva	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificados por el paciente previo a la intervención sea este juego de rol o intervención semiestructurada. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal
Ansiedad posterior autocalificada en aceptación asertiva	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificados por el paciente posterior a la intervención sea este juego de rol o intervención semiestructurada. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal

Ansiedad basal autocalificada en oposición asertiva	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificados por el paciente previo a la intervención sea este juego de rol o intervención semiestructurada. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal
Ansiedad posterior autocalificada en oposición asertiva	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificados por el paciente posterior a la intervención sea este juego de rol o intervención semiestructurada. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal
Ansiedad basal autocalificada en discurso improvisado	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificados por el paciente previo al discurso improvisado. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal
Ansiedad posterior autocalificada en discurso improvisado	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Calificados por el paciente posterior el discurso improvisado. 0. Sin ansiedad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa, ordinal
Ansiedad global basal autocalificada	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Moda de calificaciones subjetivas de cada paciente de su sensación de ansiedad previo a las intervenciones.	Cuantitativa, continua.
Ansiedad global posterior autocalificada	Estado emocional de anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación de malestar y/o síntomas somáticos de tensión.	Moda de calificaciones subjetivas de cada paciente de su sensación de ansiedad posterior a las intervenciones.	Cuantitativa, continua
Puntuación escala de miedo a la evaluación negativa	Escala que mide los pensamientos y la evitación generados a partir de la interacción social.	Se obtiene la puntuación sumando los ítems, se hace positiva sobre 20 puntos.	Cuantitativa, discreta

Puntuación total Liebowitz	Escala de ansiedad social diseñada para evaluar la gravedad de la ansiedad, consta de 24 ítems evaluados desde la ansiedad ante la situación y el grado de evitación. Versión auto aplicada	Puntuación de 0 a 144, a mayor puntuación mayor severidad.	Cuantitativa, discreta
Puntuación en Subescala de evitación en Liebowitz	Conducta en la cual el paciente se aparta o aleja de una situación que percibe como peligrosa o amenazante.	Medido de 0 a 3. 0: Sin evitación 1: Ocasionalmente evita 2: A menudo evita 3: Usualmente evita Puntuación de 0 a 72, sumado todos los ítems de la Subescala, a mayor puntuación mayor severidad.	Cuantitativa, discreta
Puntuación en Subescala de ansiedad en Liebowitz	Subescala de ansiedad que incluye ansiedad de actuación y social.	La ansiedad se puntúa en una escala Likert de 0 a 3. 0: Sin ansiedad 1: Leve 2: Moderado 3: Severa Puntuación de 0 a 72, sumado todos los ítems de la Subescala, a mayor puntuación mayor severidad.	Cuantitativa, discreta
PedsQL 4.0	Instrumento que valora calidad de vida	La calificación de este inventario se realiza sumando todos los ítems respondidos y dividiendo por la cantidad de respondidos, teniendo en cuenta que los ítems tienen calificación inversa y se transforman de la siguiente manera: 0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25, 4 = 0. A mayores puntajes mayor calidad de vida.	Cuantitativa, continua
Escala de Funcionamiento global	Instrumento hetero aplicado que evalúa el funcionamiento de los pacientes en el continuo salud-enfermedad.	Califica a los pacientes de 1 a 100, dividiendo sus calificaciones cada 10 puntos. A mayor puntuación, mejor nivel de actividad.	Cualitativa, ordinal

- Hipótesis:

El entrenamiento en habilidades sociales en modalidad grupal aumenta el repertorio de habilidades sociales y disminuye los síntomas ansiosos sociales.

- Instrumentos:

Se realizó a cada adolescente participante y a sus padres, los dos si estaban disponibles o uno solo en el caso contrario, una entrevista clínica semiestructurada basada en los criterios de DSM 5 para trastorno de ansiedad social y comorbilidad, se recolectaron datos sociodemográficos y resultados de calificaciones conductuales en juegos de rol, intervenciones conversacionales semiestructuradas y discurso improvisado, para la cual se construyó el instrumento base que puede encontrar en el anexo 3, el cual reúne el formato de historia clínica basado en DSM y la evaluación conductual basada en el texto de entrenamiento de habilidades sociales de Jeffrey A. Kelly(46). El análisis conductual se realizó según el protocolo descrito en la sección de materiales y métodos.

Los adolescentes diligenciaron previo al entrenamiento los instrumentos para medir ansiedad ante situaciones sociales, evitación y cogniciones relacionadas, como la escala de miedo a la evaluación negativa (FNE) (47) y la escala de Liebowitz (48); así mismo diligenciaron la escala de calidad de vida PedsQL 4.0 (49). La entrevistadora diligenció la escala de evaluación de la actividad global (EEAG o GAF). Al finalizar el entrenamiento se diligenciaron estos mismos instrumentos. Todos los instrumentos están validados en Colombia, excepto Liebowitz cuya validación se realizó en España. Los instrumentos son citados en el anexo 4.

Materiales y métodos

Los adolescentes que acudieron a la consulta externa de psiquiatría infantil de la Fundación Hospital de la Misericordia HOMI y fueron diagnosticados con trastorno de ansiedad social, se invitaron a participar en el presente estudio. A cada paciente y sus padres o cuidadores se les explicó verbalmente el proyecto y luego se les otorgaron los formatos de consentimiento y asentimiento informado para que puedan revisarlos y aclarar dudas antes de decidir participar.

Una vez incluidos en el estudio, la investigadora principal en su calidad de médico psiquiatra, culminando su formación en subespecialidad de niños y adolescentes, realizó la recolección de datos sociodemográficos y la entrevista clínica semiestructurada basada en los criterios de DSM-5 para trastorno de ansiedad social y comorbilidades. Se les solicitó a los adolescentes realizar un auto registro de situaciones sociales problemáticas y enviarlo al email de la investigadora y en la segunda sesión se llevó a cabo la evaluación conductual basal de las habilidades sociales, la cual se detalla más adelante y quedó registrada en el formato diseñado para ello. Cada adolescente diligenció las escalas de ansiedad social y calidad de vida reportadas previamente. Todas estas intervenciones fueron revisadas por el coinvestigador, psiquiatra con amplia experiencia en el campo pediátrico.

Se conformó un grupo con ocho adolescentes, no existió la posibilidad de un segundo grupo ante la ausencia de más adolescentes con los criterios de inclusión. Se realizaron sesiones de 90 minutos cada una, tal como los estudios reportados en la literatura, cada 15 días y no semanalmente como los estudios mundiales, por dificultades de los padres para

asistir semanalmente a la institución dado el desplazamiento geográfico, los costos que esto conlleva para los padres y el horario escolar de los adolescentes.

Se realizaron un total de 14 sesiones en siete meses, dos sesiones iniciales y dos finales de evaluación, ocho sesiones de entrenamiento y dos sesiones de refuerzo, distribuidas de la siguiente manera:

Sesión 1 y 2: Evaluación conductual previa a entrenamiento.

- Identificación de componentes conductuales de la habilidad con deficiencias:
 - Evaluación conductual por medio de juegos de rol o interacciones conversacionales semiestructuradas.
 - Cuestionarios o escalas de autoinforme.
 - Auto registros de situaciones sociales específicas de la cotidianidad donde se solicitó especificar dónde ocurrió, con quien ocurrió, como se comportó el paciente, como se sintió y cuál fue el resultado de su comportamiento. Este registro fue diligenciado por los adolescentes en la semana de la evaluación inicial y se pidió realizar en la semana posterior a la evaluación final.
- Evaluación de las habilidades sociales:
 - Habilidades conversacionales: Por medio de una conversación semiestructurada en la cual se evaluó el hecho iniciar una conversación, la calidad y cantidad de preguntas conversacionales, los comentarios que aportan información y promueven la continuación de la conversación, el hecho de no monopolizar, permitir que el otro rompa los silencios y las demás características del formato de evaluación conductual.

- Solicitud de cita romántica. Con las mismas características de la conversación y con las particularidades de la cita descritos por Kelly, tales como averiguar si el otro desea seguir en contacto, dar indicio de la actividad a realizar especificando día, hora y lugar.
- Asertividad: Se dividió el grupo en parejas por medio de rifa de un par de números, uno de los adolescentes inicio siendo el antagonista, luego se invirtió el papel y se representaron situaciones que han sido reportadas problemáticas en la literatura, tales como defenderse en una situación injusta, hacer valer la opinión propia, pedir a otro que cambie su comportamiento si este incomoda, expresar agradecimiento por la conducta del otro, recibir un elogio. Se evaluó con estas situaciones aceptación y oposición asertiva.
- Discurso improvisado. Se pidió a los adolescentes proponer temas de los cuales desearían hablar, luego se rifo estos temas entre todos los adolescentes.

Siguientes sesiones: Sesión 3 a 10. Sesiones de entrenamiento.

Cada sesión de entrenamiento se compone de tres componentes: a) instrucción y explicación del fundamento de la habilidad a trabajar, b) exposición a modelos y c) ensayo, retroalimentación y reforzamiento.

a) La instrucción se inició indicando el componente a trabajar ese día, con ejemplos del mismo y la discusión sobre la importancia de esta conducta y como se sentiría cada paciente al interactuar con una persona que mostrara esa conducta o al realizar dicha conducta. Esta parte de la intervención duro aproximadamente 15 minutos.

b) En la exposición a modelos se usó el modelo in vivo del terapeuta para reforzar o aclarar escenas de películas del componente que se ensayó. Esta parte de la intervención inicialmente mostro la escena, luego recalco en la escena las habilidades moleculares tales como contacto visual, tono y volumen de voz, postura y demás. Duro aproximadamente 15 minutos.

c) El último componente consistió en realizar ensayos conductuales, los cuales se realizaron por medio de juegos de rol. A cada paciente se le brindaron dos minutos para preparar su juego de rol y posterior tres minutos para ejecutarlo, para un tiempo aproximado de 40 minutos; tres minutos para conversación semiestructurada por parejas, luego se cambia el rol entre cada pareja y tres minutos para realizar un discurso, con tres minutos previos de preparación. Por último, se debe dio realimentación sobre la ejecución de la actividad por el terapeuta y los pares. Dicha realimentación se centró en la actividad de cada sesión, busco ser positiva, dirigida a corregir y no a ofender, con sugerencias específicas relacionadas a las habilidades moleculares y el total de la habilidad. En esta fase final se usó el humor entre pares para buscar disminuir la ansiedad. Esta realimentación duró entre 10 a 15 minutos.

Se realizaron dos sesiones por cada una de las cuatro habilidades sociales inicialmente evaluadas (habilidad conversacional, solicitud de cita romántica, asertividad y discurso improvisado), se dieron dos sesiones mixtas de refuerzo para quienes habían faltado a alguna sesión o desearan reforzar. Una vez concluidas las 10 sesiones grupales de entrenamiento, se realizaron las dos últimas sesiones de evaluación, se usó el mismo formato de la sesión 1 y 2. Al finalizar todo el programa se solicitó a cada adolescente realizar el auto registro de actividades sociales cotidianas, sin embargo, no se obtuvo dicho registro final.

Durante las sesiones, en especial en relación a los ensayos conductuales, todos los participantes presentaron aumento de la ansiedad social basal, la cual en ningún caso fue desbordante y se manejó dentro de la sesión. Adicionalmente al finalizar las sesiones cada adolescente ingreso de forma individual y posteriormente con sus padres a la consulta con el equipo de psiquiatría infantil, como parte de la atención suministrada por el servicio.

Aspectos estadísticos

Los resultados de cada variable fueron consignados por la investigadora principal en el anexo diseñado para ello, posteriormente transcritos a una tabla de Excel, en la cual se categorizo el tipo de variable utilizada e importarlos al paquete estadístico SPSS versión 25. Una vez en abierta la base de datos en el programa se corrigieron posibles errores en la categorización, se definió el código para datos faltantes (99) y se corrió el análisis.

- Variables cualitativas: Tanto para nominales, como ordinales, se obtuvieron proporciones, las cuales fueron reportadas en frecuencias relativas y porcentajes según el caso, para facilitar la comprensión del lector. Para las medidas de eficacia las variables nominales (dicotómicas) se utilizó la prueba de McNemar y para las variables ordinales la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas.
- Variables cuantitativas: Se realizó prueba de normalidad, encontrando una distribución no normal, por lo cual para la estadística descriptiva reportaron medianas con el rango intercuartílico. Dada la no normalidad de la distribución, se usó la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Los resultados de todas las variables se presentaron en tablas o gráficos.

Consideraciones éticas

La realización del presente estudio se ajustó a la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993 que rige la investigación en salud y a los preceptos éticos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. El presente estudio es considerado como una intervención con riesgo mayor que el mínimo, según la normatividad citada, dado que se realiza en menores de edad, sin embargo, el beneficio de la intervención es mayor al riesgo demostrado por estudios en otras poblaciones en las cuales se obtuvieron resultados positivos para los pacientes.

El estudio se realizó por personal con el conocimiento y la experiencia desde el punto de vista clínico, bajo la responsabilidad de la investigadora, médica psiquiatra culminado la formación en la subespecialidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, con la asesoría y seguimiento del coinvestigador, un Psiquiatría Infantil del programa de la Universidad Nacional y El Bosque, con lo cual se garantizó la seguridad y bienestar de los participantes.

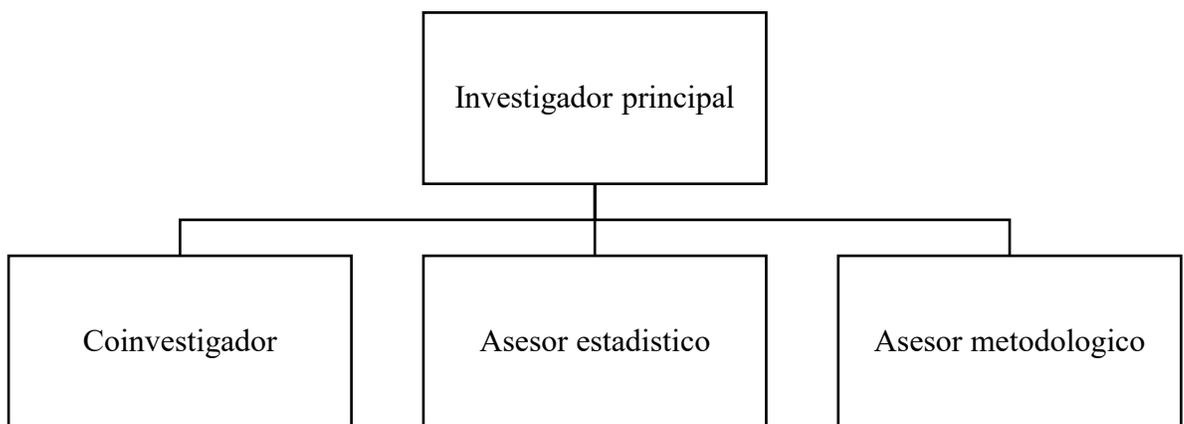
No se proporcionaron incentivos económicos a los participantes del estudio, ni a sus familias para la participación.

A los pacientes que aceptaron participar se les pidió diligenciar el asentimiento, así como el consentimiento informado por los padres. Previo a la administración del asentimiento y consentimiento informado se brindó información respecto a la investigación y se aclararon las dudas surgidas. El consentimiento informado para los participantes de esta investigación puede consultarse en el anexo 1 y el asentimiento en el anexo 2.

En todo momento durante la investigación se practicaron las medidas necesarias para proteger la salud, integridad, privacidad y dignidad de los participantes y sus familias, así como sus derechos y bienestar.

Organigrama

Figura 1. *Organigrama*



Cronograma

Tabla 2. Cronograma de investigación.

Actividades	Meses																						
	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	
Selección del tema de investigación	x	x																					
Problema de investigación	x	x	x	x	x	x																	
Búsqueda y revisión bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Construcción y correcciones de anteproyecto					x	x	x	x	x	x				x	x								
Pilotaje de instrumentos										x													
Revisión por comités de institución hospitalaria											x	x	x	x	x								
Realización de entrevistas y aplicación de instrumentos															x	x						x	
Realización de grupos de entrenamiento																x	x	x	x	x			
Tabulación de datos																						x	x
Análisis de resultados																							x
Elaboración informe final																							x
Divulgación de resultados																							x

Presupuesto

Tabla 3. *Presupuesto de investigación.*

Nombre del rubro	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Búsqueda de revisión bibliográfica	120 horas (6 horas mes/20 meses)	\$ 35.000	\$4.200.000
Investigador principal			
Realización de grupo y entrevistas	56 horas (4 horas día/ 14 sesiones)	\$ 70.000	\$3.920.000
Digitación de datos, análisis, construcción de documento final	160 horas (20 horas semana/8 semanas)	\$70.000	\$ 11.200.000
Investigador secundario			
Revisión entrevistas	36 horas (3 horas día/ 12 sesiones)	\$ 150.000	\$ 5.400.000
Revisión de área temática.	70 horas (5 horas mes / 14 meses)	\$ 75.000	\$ 5.250.000
Asesor metodológico			
Aplicación de paquete pruebas estadísticas	40 horas	\$75.000	\$ 3.000.000
Materiales			
Impresiones instrumento de recolección de datos y escalas	Aproximadamente 320	\$150	\$ 48.000
Equipos			
Computador	1	\$ 0	\$ 0
Viajes			
Transporte	2 desplazamientos por sesión / 14 sesiones/ 2 investigadores	\$ 12.000	\$ 672.000
Alimentación	14 sesiones/ 2 investigadores	\$ 15.000	\$ 420.000
Subtotal		\$ 502.150	\$ 34.110.000
Imprevistos (5%)		\$ 25.110	\$ 1.705.000
Total		\$ 527.260	\$ 35.815.000

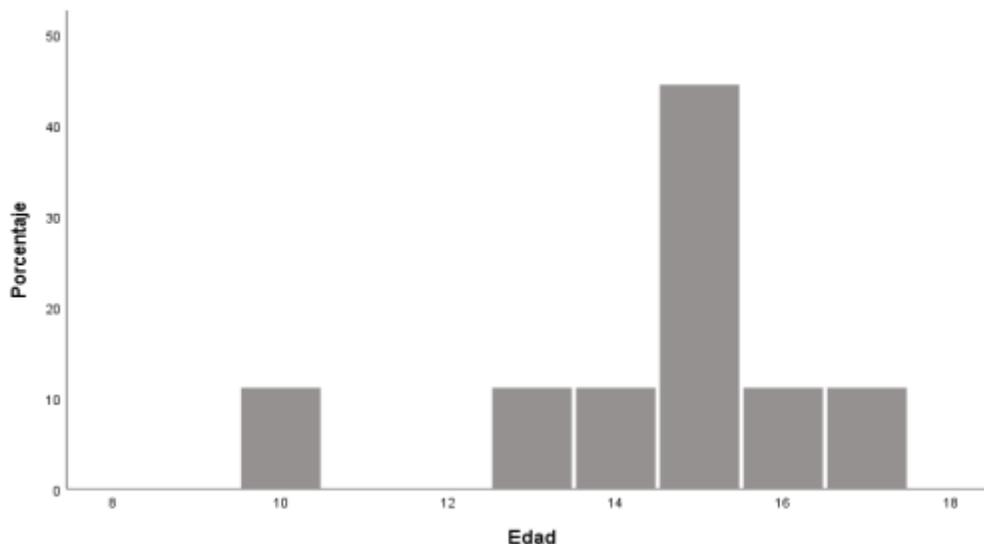
Resultados

Se contó con ocho participantes adolescentes al inicio del estudio, cuatro (44,4%) no culminaron el entrenamiento, una por cambio de sitio de atención por la EPS, dos por atención en clínica especializada para problemas alimentarios y una por pérdida de seguimiento. Una adolescente ingresó en la mitad del estudio. Se finalizó el entrenamiento con cinco adolescentes.

Caracterización sociodemográfica.

Del total de adolescentes dos (22,2%) son hombres y siete (77,8%) mujeres. Las edades oscilan entre 10 y 17 años, con frecuencias de distribución reportadas en la figura dos y mediana de 15 años (RIC 3).

Figura 2. *Porcentajes de distribución de edad de los participantes.*



Respecto a la procedencia, seis (66,7%) nacieron en Bogotá, uno (11,1%) en Arauca, uno (11,1%) en Cauca y uno (11,1%) en Huila. Todos los adolescentes residen en Bogotá. Su

estrato socioeconómico es dos (44,4%) y tres (55,6%). Cuatro (44,4%) de los adolescentes viven con ambos padres y cinco (55,6%) solo con la madre.

La escolaridad y grados perdidos se resumen en la tabla cuatro.

Tabla 4. *Escolaridad y grados perdidos.*

Medida	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad	Quinto grado	1	11,1
	Octavo grado	3	33,3
	Noveno grado	2	22,2
	Décimo grado	1	11,1
	Once grado	1	11,1
	Universidad	1	11,1
Pérdida de un grado escolar	Si	3	33,3
	No	6	66,7

Comorbilidad.

Todos los participantes tienen comorbilidad al trastorno de ansiedad social: una comorbilidad en un caso (11,1%), dos comorbilidades en cinco casos (55,6%) y tres comorbilidades en tres casos (33,3%), mediana 2 (RIC 1). La comorbilidad más frecuente fue el trastorno obsesivo compulsivo en ocho casos (88,9%), seguida por los trastornos de la conducta alimentaria en cuatro casos (44,4%), los trastornos depresivos (episodio depresivo mayor y/o distimia) en tres casos (33,3%), el funcionamiento cognitivo límite en tres casos (33,3%), los trastornos por síntomas somáticos y relacionados en un caso (11,1%) y el déficit de atención con hiperactividad en un caso (11,1%).

Uso de medicación

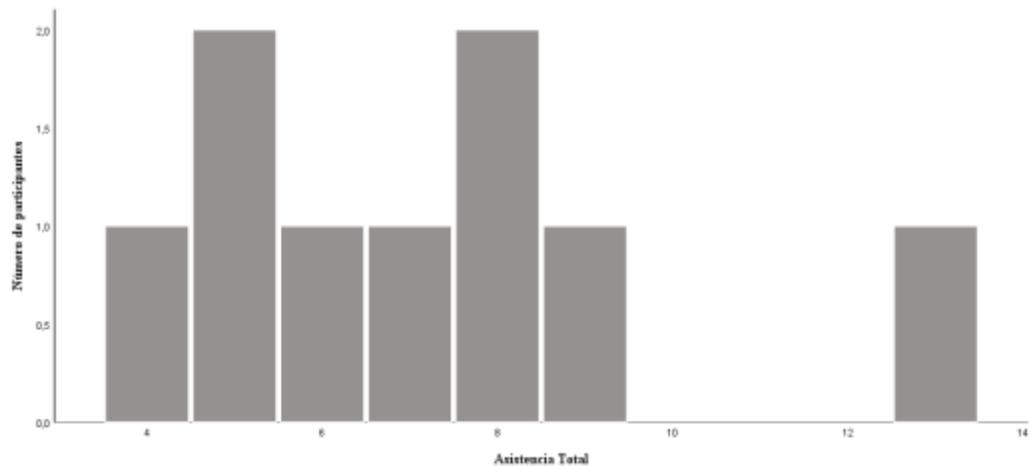
66% de los participantes usaban medicación, la cual incluyó antidepresivos en un individuo y antipsicóticos en los cinco restantes. La prueba de McNemar no mostró relación estadísticamente significativa entre la toma de medicación y las habilidades preverbales. La

prueba chi-cuadrado no mostró resultados estadísticamente significativos en la relación entre el uso de medicación y la ansiedad pre- o posexposición calificada por psiquiatría o por los participantes ni antes ni después del entrenamiento en habilidades sociales.

Entrenamiento en habilidades sociales.

Se realizaron ocho sesiones de entrenamiento en habilidades sociales, las cuales incluyeron: habilidad conversacional, petición de cita romántica, aceptación asertiva, oposición asertiva y discurso improvisado. Se ofrecieron dos sesiones adicionales para aquellos participantes que faltaron a alguna sesión o desearon reforzarla. La proporción de asistencia es representada en la figura tres, mediana 7 ocasiones (RIC 4).

Figura 3. *Frecuencia de asistencia a sesiones de entrenamiento en habilidades sociales.*



No hay hallazgos estadísticamente significativos de la relación entre el número de sesiones asistidas de entrenamiento y la presencia de ansiedad pre ni posexposición social calificada por psiquiatría ni por los adolescentes antes o después del entrenamiento.

Evaluación conductual de habilidades sociales

Al inicio y final del entrenamiento en habilidades sociales se realizó la evaluación de las cinco habilidades globales descritas previamente con sus habilidades moleculares como el contacto visual, volumen, tono de voz y demás. La evaluación conductual pre- y posentrenamiento en habilidades sociales se resumen en la tabla cinco y seis.

Tabla 5. *Medidas de probabilidad de la evaluación conductual pre- y posentrenamiento.*

Evaluación preentrenamiento				Evaluación posentrenamiento		
Medida		Frecuencia	Porcentaje	Medida	Frecuencia	Porcentaje
Habilidad conversacional						
Contacto visual	1-39%	4	44,4	40-59%	5	55,6
	40-59%	5	55,6	Perdidos	4	44,4
Tono de voz	Flexible	4	44,4	Flexible	5	55,6
	Inflexible	5	55,6	Perdidos	4	44,4
Expresión facial	Adecuada	3	33,3	Adecuada	5	55,6
	Inadecuada	6	66,7	Perdidos	4	44,4
Claridad en relato	Adecuada	4	44,4	Adecuada	5	55,6
	Inadecuada	5	55,6	Perdidos	4	44,4
Adecuación afectiva	Presente	0	0	Presente	5	55,6
	Ausente	9	100	Perdidos	4	44,4
Volumen de voz	Extremadamente bajo o inaudible	1	11,1	Bajo	3	33,3
	Bajo	7	77,8	Apropiado	2	22,2
	Apropiado	1	11,1	Perdidos	4	44,4
Expresiones gestuales	Adecuada	1	11,1	Adecuada	4	44,4
	Inadecuada	8	88,9	Inadecuada	1	11,1
				Perdidos	4	44,4
Postura	Congruente	3	33,3	Congruente	4	44,4
	Incongruente	6	66,7	Incongruente	1	11,1
				Perdidos	4	44,4
Preguntas conversacionales	Dos	1	11,1	Tres	1	11,1
	Tres	5	55,6	Seis	2	22,2
	Cuatro	2	22,9	Siete	1	11,1
				Ocho	1	11,1
				Perdidos	4	44,4
Comentarios auto reveladores	Ninguno	6	66,7	Uno	1	11,1
	Uno	2	22,2	Tres	1	11,1
	Tres	1	11,1	Cuatro	3	33,3
				Perdidos	4	44,4
			Ninguna	1	11,1	
	Ninguna	9	100	Una	1	11,1

Expresiones de elogio, aprecio o cumplidos				Dos	2	22,2
				Tres	1	11,1
				Perdidos	4	44,4
Habilidad de concertación de citas						
Contacto visual (%)	Ausente	1	11,1	1-39%	1	11,1
	1-39%	5	55,6	40-59%	4	44,4
	40-59%	3	33,3	Perdidos	4	44,4
Tono de voz	Flexible	1	11,1	Flexible	4	44,4
	Inflexible	8	88,9	Inflexible	1	11,1
				Perdidos	4	44,4
Expresión facial	Adecuada	0	0	Adecuada	3	33,3
	Inadecuada	9	100	Inadecuada	2	22,2
				Perdidos	4	44,4
Claridad en relato	Adecuada	3	33,3	Adecuada	1	11,1
	Inadecuada	6	66,7	Inadecuada	4	44,4
				Perdidos	4	44,4
Adecuación afectiva	Presente	0	0	Presente	1	11,1
	Ausente	9	100	Ausente	4	44,4
				Perdidos	4	44,4
Volumen de voz	Extremadamente bajo o inaudible	2	22,2	Bajo	4	44,4
	Bajo	7	77,8	Apropiado	1	11,1
				Perdidos	4	44,4
Expresiones gestuales	Adecuada	0	0	Adecuada	1	11,1
	Inadecuada	9	100	Inadecuada	4	44,4
				Perdidos	4	44,4
Postura	Congruente	0	0	Congruente	3	33,3
	Incongruente	9	100	Incongruente	2	22,2
				Perdidos	4	44,4
Preguntas conversacionales	Una	1	11,1	Dos	1	11,1
	Dos	5	55,6	Cuatro	1	11,1
	Tres	3	33,3	Cinco	1	11,1
				Seis	1	11,1
				Ocho	1	11,1
				Perdidos	4	44,4
Comentarios auto reveladores	Ninguno	8	88,9	Uno	1	11,1
	Uno	1	11,1	Tres	1	11,1
				Cuatro	4	44,4
				Perdidos	4	44,4
Solicitud de cita	Presente	1	11,1	Presente	1	11,1
	Ausente	8	88,9	Ausente	4	44,4
				Perdidos	4	44,4
Aceptación asertiva						
Contacto visual (%)	1-39%	4	44,4	40-59%	5	55,6
	40-59%	5	55,6	Perdidos	4	44,4

Tono de voz	Flexible	4	44,4	Flexible	5	55,6
	Inflexible	5	55,6	Perdidos	4	44,4
Expresión facial	Adecuada	3	33,3	Adecuada	5	55,6
	Inadecuada	6	66,7	Perdidos	4	44,4
Claridad en relato	Adecuada	5	55,6	Adecuada	5	55,6
	Inadecuada	4	44,4	Perdidos	4	44,4
Adecuación afectiva	Presente	0	0	Presente	5	55,6
	Ausente	9	100	Perdidos	4	44,4
Volumen de voz	Extremadamente bajo o inaudible	1	11,1	Bajo	4	44,4
	Bajo	7	77,8	Apropiado	1	11,1
	Apropiado	1	11,1	Perdidos	4	44,4
Expresiones gestuales	Adecuada	1	11,1	Adecuada	4	44,4
	Inadecuada	8	88,9	Inadecuada	1	11,1
				Perdidos	4	44,4
Postura	Congruente	4	44,4	Congruente	4	44,4
	Incongruente	5	55,6	Incongruente	1	11,1
				Perdidos	4	44,4
Expresiones de elogio, aprecio o cumplidos	Ninguna	6	66,7	Ninguna	1	11,1
	Una	3	33,3	Dos	1	11,1
				Tres	1	11,1
				Cuatro	1	11,1
				Cinco	1	11,1
				Perdidos	4	44,4
Expresión de sentimientos	Presente	0	0	Presente	2	22,2
	Ausente	9	100	Ausente	3	33,3
				Perdidos	4	44,4
Conducta positiva recíproca	Presente	0	0	Presente	3	33,3
	Ausente	9	100	Ausente	2	22,2
				Perdidos	4	44,4
Oposición asertiva						
Contacto visual (%)	Ausente	1	11,1	1-39%	1	11,1
	1-39%	5	55,6	40-59%	4	44,4
	40-59%	3	33,3	Perdidos	4	44,4
Tono de voz	Flexible	1	11,1	Flexible	2	22,2
	Inflexible	8	88,9	Inflexible	3	33,3
				Perdidos	4	44,4
Expresión facial	Adecuada	0	0	Adecuada	2	22,2
	Inadecuada	9	100	Inadecuada	3	33,3
				Perdidos	4	44,4
Claridad en relato	Adecuada	3	33,3	Adecuada	2	22,2
	Inadecuada	6	66,7	Inadecuada	3	33,3
				Perdidos	4	44,4
Adecuación afectiva	Presente	0	0	Presente	1	11,1
	Ausente	9	100	Ausente	4	44,4

				Perdidos	4	44,4
Volumen de voz	Extremadamente bajo o inaudible	2	22,2	Bajo	4	44,4
	Bajo	7	77,8	Apropiado	1	11,1
				Perdidos	4	44,4
Expresiones gestuales	Adecuada	0	0	Adecuada	1	11,1
	Inadecuada	9	100	Inadecuada	4	44,4
				Perdidos	4	44,4
Postura	Congruente	0	0	Congruente	3	33,3
	Incongruente	9	100	Incongruente	2	22,2
				Perdidos	4	44,4
Comprensión del problema	Presente	0	0	Presente	4	44,4
	Ausente	9	100	Ausente	1	11,1
				Perdidos	4	44,4
Desacuerdo	Presente	0	0	Presente	1	11,1
	Ausente	9	100	Ausente	4	44,4
				Perdidos	4	44,4
Petición de cambio o solución	Presente	0	0	Presente	0	0
	Ausente	9	100	Ausente	5	55,6
				Perdidos	4	44,4
Discurso improvisado						
Contacto visual (%)	1-39%	5	55,6	1-39%	5	55,6
	40-59%	4	44,4	40-59%	4	44,4
Volumen de voz	Extremadamente bajo o inaudible	2	22,2	Bajo	3	33,3
	Bajo	6	66,7	Apropiado	2	22,2
	Apropiado	1	11,1	Perdidos	4	44,4

Tabla 6. *Medidas de tendencia central y dispersión de la evaluación conductual pre- y posentrenamiento.*

Evaluación preentrenamiento			Posentrenamiento	
Medida	Mediana	RIC	Mediana	RIC
Habilidad conversacional				
Preguntas conversacionales	3	3	6	3
Comentarios auto reveladores	0	2	4	2
Expresiones de elogio, aprecio o cumplidos	–	–	2	1,14
Duración de intervención	120	50	150	50
Habilidad de concertación de citas				
Preguntas conversacionales	2*	0,707**	5*	2,236**
Comentarios auto reveladores			4	2
Duración de intervención	100	15	100	40

Aceptación asertiva				
Expresiones de elogio, aprecio o cumplidos	-	-	3	4
Duración de intervención	120	25	150	45
Oposición asertiva				
Duración de intervención	120	50	120	50
Discurso improvisado				
Duración de intervención	120	50	150	45

*Media **DS

Calificación de ansiedad en la evaluación conductual de habilidades sociales

Previo y al finalizar la evaluación conductual de las habilidades sociales descritas con anterioridad, se realizó calificación de la severidad de la ansiedad por psiquiatría y se solicitó a los participantes calificar su ansiedad en los mismos momentos. Los resultados se resumen en la tabla siete y ocho.

Tabla 7. *Calificación de severidad de ansiedad por psiquiatra pre- y posentrenamiento.*

Evaluación preentrenamiento						Evaluación posentrenamiento									
Medida	Frecuencia	Porcentaje	Medida	Frecuencia	Porcentaje	Medida	Frecuencia	Porcentaje	Medida	Frecuencia	Porcentaje				
Habilidad conversacional															
Ansiedad pretest	Leve	1	11,1	Ansiedad posttest	Leve	1	11,1	Ansiedad pretest	Leve	1	11	Ansiedad posttest	Sin ansiedad	1	11,1
	Moderada	6	66,7		Moderada	7	77,8		Moderada	4	44		Leve	4	44,4
	Severa	2	22,2		Severa	1	11,1		Perdidos	4	44		Perdidos	4	44,4
Habilidad de concertación de citas															
Ansiedad pretest	Leve	0	0	Ansiedad posttest	Leve	0	0	Ansiedad pretest	Moderada	4	44	Ansiedad posttest	Leve	1	11,1
	Moderada	3	33,3		Moderada	1	11,1		Severa	1	11		Moderada	3	33,3
	Severa	6	66,7		Severa	8	88,9		Perdidos	4	44		Severa	1	11,1
													Perdidos	4	44,4
Aceptación asertiva															

Ansiedad pretest	Leve	0	0	Ansiedad posttest	Leve	2	22,2	Ansiedad pretest	Leve	2	22	Ansiedad posttest	Leve	4	44,4
	Moderada	8	88,9		Moderada	5	55,6		Moderada	3	33		Moderada	1	11,1
	Severa	1	11,1		Severa	2	22,2		Perdidos	4	44		Perdidos	4	44,4
Oposición asertiva															
Ansiedad pretest	Leve	0	0	Ansiedad posttest	Leve	1	11,1	Ansiedad pretest	Moderada	4	44	Ansiedad posttest	Leve	2	22,2
	Moderada	6	66,7		Moderada	3	33,3		Severa	1	11		Moderada	3	33,3
	Severa	3	33,3		Severa	5	55,6		Perdidos	4	44		Perdidos	4	44,4
Discurso improvisado															
Ansiedad pretest	Leve	1	11,1	Ansiedad posttest	Leve	2	22,2	Ansiedad pretest	Leve	1	11	Ansiedad posttest	Sin ansiedad	1	11,1
	Moderada	6	66,7		Moderada	6	66,7		Moderada	4	44		Leve	3	33,3
	Severa	2	22,2		Severa	1	11,1		Perdidos	4	44		Moderada	1	11,1
Evaluación conductual global															
Ansiedad pretest	Leve	0	0	Ansiedad posttest	Leve	1	11,1	Ansiedad pretest	Leve	1	11	Ansiedad posttest	Sin ansiedad	1	11,1
	Moderada	7	77,8		Moderada	6	66,7		Moderada	4	44		Leve	3	33,3
	Severa	2	22,2		Severa	2	22,2		Perdidos	4	44		Moderada	1	11,1
Perdidos															
Perdidos															

Tabla 8. Calificación de severidad de ansiedad por adolescente pre- y posentrenamiento.

Evaluación preentrenamiento						Evaluación posentrenamiento									
Medida		Frecuencia	Porcentaje	Medida		Frecuencia	Porcentaje	Medida		Frecuencia	Porcentaje				
Habilidad conversacional															
Ansiedad pretest	Leve	1	11,1	Ansiedad posttest	Leve	0	0	Ansiedad pretest	Leve	2	22,2	Ansiedad posttest	Leve	3	33,3
	Moderada	4	44,4		Moderada	5	55,6		Moderada	3	33,3		Moderada	2	22,2
	Severa	4	44,4		Severa	4	44,4		Perdidos	4	44,4		Perdidos	4	44,4

Habilidad de concertación de citas															
Ansiedad pretest	Leve	0	0	Ansiedad posttest	Leve	0	0	Ansiedad pretest	Moderada	1	11,1	Ansiedad posttest	Leve	1	11,1
	Moderada	2	22,2		Moderada	2	22,2		Severa	4	44,4		Moderada	3	33,3
	Severa	7	77,8		Severa	7	77,8		Perdidos	4	44,4		Severa	1	11,1
													Perdidos	4	44,4
Aceptación asertiva															
Ansiedad pretest	Leve	0	0	Ansiedad posttest	Leve	0	0	Ansiedad pretest	Leve	1	11,1	Ansiedad posttest	Sin ansiedad	1	11,1
	Moderada	5	55,6		Moderada	5	55,6		Moderada	4	44,4		Leve	3	33,3
	Severa	4	44,4		Severa	4	44,4		Perdidos	4	44,4		Moderada	1	11,1
													Perdidos	4	44,4
Oposición asertiva															
Ansiedad pretest	Leve	0		Ansiedad posttest	Leve	0	0	Ansiedad pretest	Leve	1	11,1	Ansiedad posttest	Leve	2	22,2
	Moderada	3	33,3		Moderada	4	44,4		Moderada	2	22,2		Moderada	3	33,3
	Severa	6	66,7		Severa	5	55,6		Severa	2	22,2		Perdidos	4	44,4
									Perdidos	4	44,4				
Discurso improvisado															
Ansiedad pretest	Leve	1	11,1	Ansiedad posttest	Leve	1	11,1	Ansiedad pretest	Leve	1	11,1	Ansiedad posttest	Sin ansiedad	1	11,1
	Moderada	4	44,4		Moderada	6	66,7		Moderada	4	44,4		Leve	2	22,2
	Severa	4	44,4		Severa	2	22,2		Perdidos	4	44,4		Moderada	2	22,2
													Perdidos	4	44,4
Evaluación conductual global															
Ansiedad pretest	Leve	0	0	Ansiedad posttest	Leve	0	0	Ansiedad pretest	Leve	1	11,1	Ansiedad posttest	Leve	3	33,3
	Moderada	4	44,4		Moderada	5	55,6		Moderada	3	33,3		Moderada	2	22,2
	Severa	5	55,6		Severa	4	44,4		Severa	1	11,1		Perdidos	4	44,4
									Perdidos	4	44,4				

Medidas secundarias relacionadas al trastorno de ansiedad social.

Como parte de la evaluación del trastorno de ansiedad social se solicitó a los participantes previo y posterior al entrenamiento en habilidades sociales diligenciar la encuesta de miedo a la evaluación negativa (FNE) y el Liebowitz.

Las frecuencias en los puntajes obtenidos en la escala de miedo a la evaluación negativa (FNE) preentrenamiento se muestran en la figura cuatro y posentrenamiento en la figura cinco. Las medidas de tendencia central y dispersión son reportadas en la tabla nueve.

Figura 4. *Frecuencias de puntuación de la escala de miedo a la evaluación negativa (FNE) preentrenamiento.*

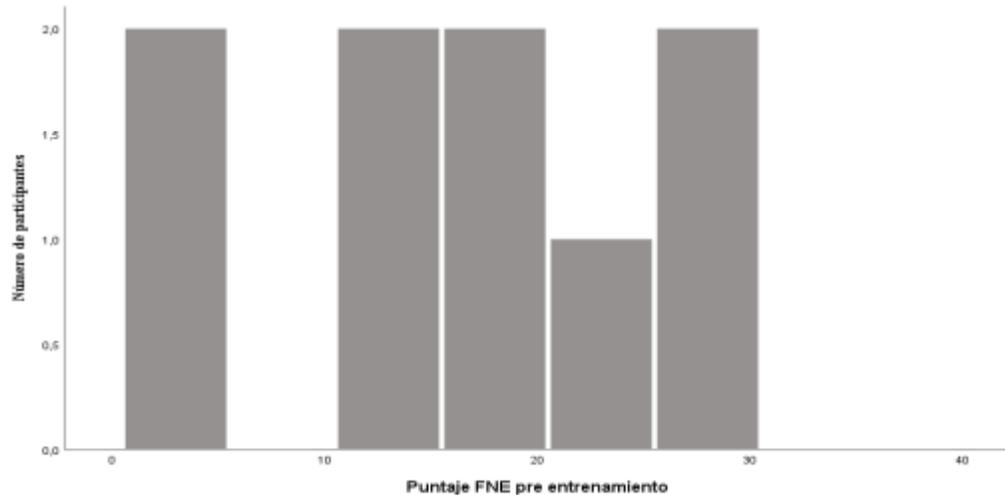


Figura 5. *Puntuación de escala de miedo a la evaluación negativa (FNE) posentrenamiento.*

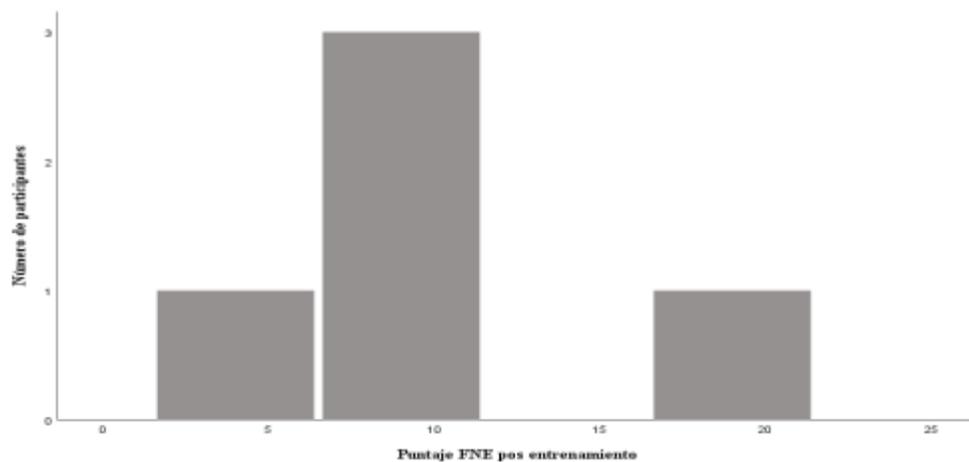


Tabla 9. *Escala de miedo a la evaluación negativa (FNE) pre- y posentrenamiento.*

Medida	Preentrenamiento		Posentrenamiento	
	Mediana	RIC	Mediana	RIC
FNE	13	15	10	9

La escala de Liebowitz determina umbral diagnóstico para trastorno de ansiedad social, pero también califica la severidad del trastorno presente. En la tabla 10 se resumen los puntajes en las subescalas y la escala total y en la tabla 11 la probabilidad según la severidad.

Tabla 10. *Medidas de tendencia central y dispersión de escala Liebowitz pre- y posentrenamiento.*

Medida	Preentrenamiento		Posentrenamiento	
	Mediana	RIC	Mediana	RIC
Subescala ansiedad	40	20	29	33
Subescala evitación	33	24	17	29
Total	73	44	49	58

Tabla 11. *Medidas de probabilidad de la escala de Liebowitz pre- y posentrenamiento.*

Medida	Preentrenamiento		Posentrenamiento	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Leve	1	11,1	3	33,3
Moderada	1	11,1	1	11,1
Marcada	2	22,2	0	0,0
Severa	2	22,2	0	0,0
Muy severa	3	33,3	3	33,3
Perdidos	0	0	4	44,4

Medidas de calidad de vida y funcionamiento global.

Como parte de la evaluación del trastorno de ansiedad social se calificó la calidad de vida por medio del instrumento PedsQL 4.0 y el funcionamiento global (GAF). Las frecuencias pre entrenamiento del PedsQL 4.0 son representadas en la figura seis y posentrenamiento en la figura siete. Las medias de tendencia central y dispersión resumidas para el PedsQL se muestran en la tabla 12 y para el GAF en la tabla 13.

Figura 6. Frecuencias de puntuación de escala PedsQL 4.0 preentrenamiento.

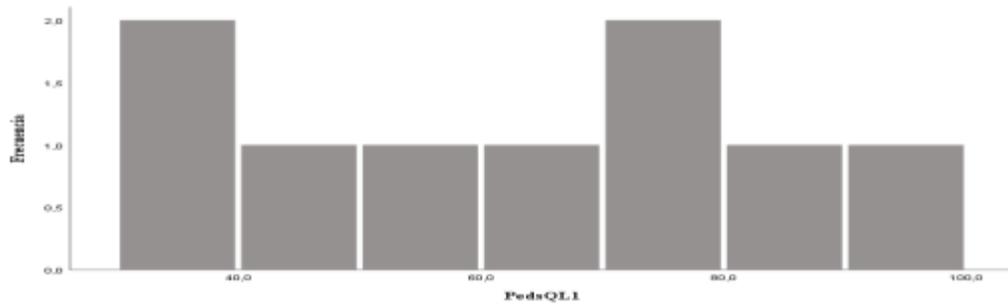


Figura 7. Frecuencias de puntuación de escala PedsQL 4.0 posentrenamiento.

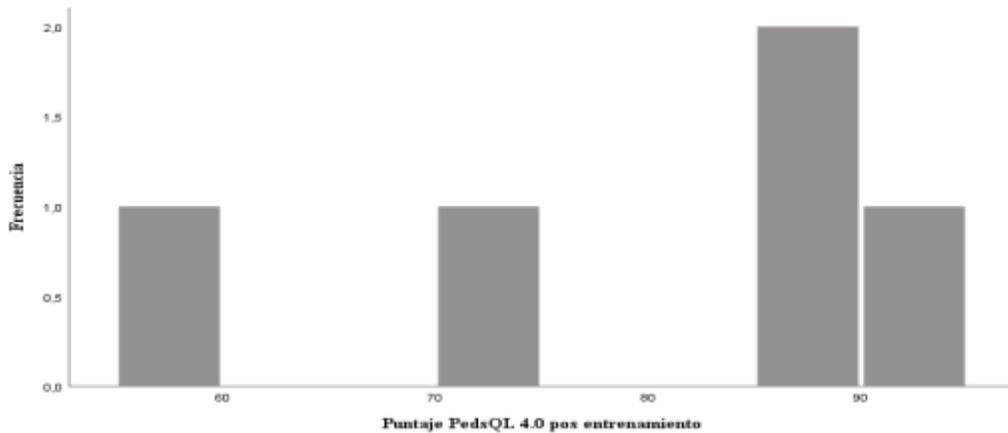


Tabla 12. Medidas de tendencia central y dispersión de calidad de vida pre- y posentrenamiento.

Medida	Preentrenamiento		Posentrenamiento	
	Mediana	IRQ	Mediana	IRQ
PedsQL 4.0	56	32	86	24

Tabla 13. Medidas de probabilidad de funcionamiento global pre- y posentrenamiento.

Preentrenamiento			Posentrenamiento		
Medida	Frecuencia	Porcentaje	Medida	Frecuencia	Porcentaje
31-40	2	22,2	41-50	1	11,1
41-50	2	22,2	61-70	4	44,4
51-60	5	55,6	Perdidos	4	44,4

Relación entre habilidades moleculares y medidas secundarias.

Se realizó correlación de Spearman entre el número preguntas conversacionales, comentarios auto reveladores, cumplidos y la duración de la intervención en la conversación, cita, aceptación asertiva, oposición asertiva y discurso improvisado antes y después del entrenamiento. Solo se reportan los hallazgos con significancia estadística. Previo entrenamiento: el número de preguntas conversacionales en la habilidad conversacional arrojó una muy buena correlación negativa con el puntaje total de Liebowitz ($r_s = -0,894$, $p = 0,001$), una correlación buena negativa con FNE y positiva con GAF ($r_s = -0,697$, $p = 0,037$ y $r_s = 0,782$ $p = 0,013$), la duración de la conversación y el GAF mostraron una correlación buena ($r_s = -0,792$, $p = 0,011$), duración de aceptación asertiva y GAF ($r_s = -0,855$, $p = 0,03$). Posterior a entrenamiento el número de preguntas conversacionales en la conversación y el puntaje total de Liebowitz mostraron una correlación negativa muy buena ($r_s = -0,975$ $p = 0,005$), así como el número de preguntas conversacionales en la cita con el total de Liebowitz ($r_s = -0,900$, $p = 0,037$) y el número de comentarios auto-reveladores en la cita con el PedsQL 4.0 ($r_s = 0,894$ $p = 0,041$).

Relación entre ansiedad y medidas secundarias.

La correlación de Spearman se realizó entre la ansiedad total evaluada por psiquiatría y por los participantes antes y después del entrenamiento tanto al inicio de la actividad social como cuando la finalizan, en relación con las medidas de ansiedad secundaria, las de calidad de vida y funcionamiento global.

La evaluación realizada por psiquiatría previo al entrenamiento en habilidades sociales reportó: los resultados entre ansiedad total antes de actividad social y puntaje total de

Liebowitz, PedsQL 4.0 y GAF mostraron una correlación mínima; la relación entre dicha ansiedad y FNE una correlación baja, pero ninguno de los valores alcanzó significancia estadística. Los resultados entre ansiedad total posterior a actividad social y FNE mostraron una correlación baja, con puntuación total de Liebowitz una buena correlación, con PedsQL 4.0 una correlación negativa mínima y con GAF una correlación negativa baja; el único valor con significancia estadística fue el de Liebowitz ($r_s=680$, $p=0.044$).

La evaluación realizada por los participantes previo al entrenamiento en habilidades sociales: La correlación entre ansiedad total antes de la actividad social con FNE fue baja, puntaje total de Liebowitz mínima, PedsQL 4.0 negativa baja y GAF negativa y muy buena; sin embargo, ninguna de las correlaciones alcanzó significancia estadística. La correlación entre ansiedad total posterior a la actividad social con FNE fue moderada, puntaje total de Liebowitz mínima, PedsQL 4.0 baja y GAF negativa y muy buena; ninguna con valor estadísticamente significativo.

La evaluación realizada por psiquiatría posterior al entrenamiento en habilidades sociales reportó: La correlación entre ansiedad total antes de la actividad social con FNE fue mínima, puntaje total de Liebowitz buena, PedsQL 4.0 baja y GAF negativa baja; ninguna de las correlaciones alcanzó significancia estadística. La correlación entre ansiedad total posterior a la actividad social con FNE fue moderada, puntaje total de Liebowitz muy buena, PedsQL 4.0 negativa mínima y GAF negativa buena; el único valor con significancia estadística fue el del puntaje total de Liebowitz ($r_s=894$, $p=0.041$).

La evaluación realizada por los participantes posterior al entrenamiento en habilidades sociales: La correlación entre ansiedad total antes de la actividad social con FNE fue baja, puntaje total de Liebowitz moderada, PedsQL 4.0 moderada y GAF mínima; ninguna de las correlaciones alcanzo significancia estadística. La correlación entre ansiedad total posterior a la actividad social con FNE fue mínima, puntaje total de Liebowitz baja, PedsQL 4.0 mínima y GAF negativa buena; ninguna con valor estadísticamente significativo.

Cambios pre- a posentrenamiento.

Las variables categóricas nominales se analizaron mediante la prueba de McNemar, sin hallazgos significativos de cambio en las probabilidades para las habilidades moleculares de ninguna de las cinco habilidades calificadas ni para el agrupamiento en efectividad de dichas variables.

Las variables categóricas ordinales y las variables cuantitativas se analizaron mediante la prueba de Wilcoxon. Los hallazgos en las habilidades moleculares dentro de las cinco habilidades sociales calificadas, son resumidos en la tabla 14, la severidad de ansiedad calificada por psiquiatría y autocalificada por el adolescente se muestra en la tabla 15, las medidas secundarias de ansiedad tales como la escala de miedo a la evaluación negativa (FNE), Liebowitz y las escalas de calidad de vida y funcionamiento global son resumidas en la tabla 16.

Tabla 14. *Análisis pre- a posentrenamiento de las habilidades sociales.*

Medida	z	p
Habilidad conversacional		
Contacto visual	-1,414	0,157
Volumen de voz	-1,414	0,157
Preguntas conversacionales	-2,121	0,34

Comentarios auto reveladores	-2,041	0,41
Expresiones de elogio, aprecio o cumplidos	-1,841	0,66
Duración de intervención	-1,355	0,176
Habilidad de concertación de citas		
Contacto visual	-1,732	0,083
Volumen de voz	-1,732	0,083
Preguntas conversacionales	-2,023	0,043
Comentarios auto reveladores	-2,06	0,039
Duración de intervención	-1,342	0,18
Aceptación asertiva		
Contacto visual	-1,414	0,157
Volumen de voz	-1	0,317
Expresiones de elogio, aprecio o cumplidos	-1,826	0,068
Duración de intervención	-2,06	0,039
Oposición asertiva		
Contacto visual	-2	0,046
Volumen de voz	-1,732	0,083
Duración de intervención	-1,604	0,109
Discurso improvisado		
Contacto visual	-1,732	0,083
Volumen de voz	-1,732	0,083
Duración de intervención	-1,604	0,109

Tabla 15. *Análisis de severidad de ansiedad calificado por psiquiatría y participantes del pre- a posentrenamiento.*

Calificación:	Psiquiatría		Participantes	
Medida	z	p	z	p
Habilidad conversacional				
Ansiedad pretest	-1,732	0,083	-1,89	0,059
Ansiedad postest	-1,857	0,063	-2	0,046
Habilidad de concertación de citas				
Ansiedad pretest	-1,732	0,083	-1	0,317
Ansiedad postest	-2	0,046	-2	0,046
Aceptación asertiva				
Ansiedad pretest	-1,732	0,083	-2	0,046
Ansiedad postest	-2	0,046	-2,07	0,38
Oposición asertiva				
Ansiedad pretest	-1,414	0,157	-1,732	0,083
Ansiedad postest	-1,633	0,102	-1,89	0,059
Discurso improvisado				
Ansiedad pretest	-1,732	0,083	-2	0,046
Ansiedad postest	-2	0,046	-1,633	0,102
Evaluación conductual global				

Ansiedad pretest	-1,732	0,083	-2	0,046
Ansiedad posttest	-1,89	0,059	-1,89	0,059

Tabla 16. *Análisis pre- a posentrenamiento de medidas de ansiedad secundaria, calidad de vida y funcionamiento global.*

Medida	z	p
FNE	-1,49	0,136
Subescala ansiedad Liebowitz	-1,753	0,08
Subescala evitación Liebowitz	-2,023	0,043
Total Liebowitz	-2,023	0,043
Severidad Liebowitz	-1,633	0,102
PedsQL 4.0	-2,023	0,043
GAF	-2,236	0,025

Discusión

El presente estudio busco determinar los efectos del entrenamiento en habilidades sociales sobre el trastorno de ansiedad social, incluyendo las habilidades y el nivel de ansiedad, así como la calidad de vida y el funcionamiento global relacionado, intentando reproducir estudios como los de la Dra. Deborah Beidel(36)(43), con la limitación de una pérdida importante (44%) de sujetos durante el entrenamiento, lo cual difiere de los estudios citados, en que la perdida de seguimiento ha sido del 10% con asistencia del resto de los participantes a todas las sesiones, sin embargo dichos estudios reportan pago a sus participantes(36)(43). Sumado a ello, la perdida de participantes se puede relacionar a lo reportado por la encuesta de salud mental de 2015, en que solo el 35,2% de los adolescentes buscan atención por psiquiatría, esto principalmente ligado en este y otros grupos etarios a las barreas actitudinales, es decir a la percepción de no necesidad del servicio en relación a factores como estigma a la enfermedad mental, sus tratamientos y sus profesionales; así como a las barreras de acceso a la atención como los convenios entre EPS e IPS, dado que los adolescentes después de asistir al entrenamiento acudían a su cita de control por psiquiatría infantil en el Hospital de la Misericordia, las distancias geográficas en tiempo, los costos desde los sitios de residencia hasta el hospital de la Misericordia y la dificultad en el horario de las sesiones de entrenamiento que se cruza con el horario escolar de los adolescentes y el laboral de sus padres o cuidadores.

La amplia perdida de participantes limito la muestra y con ello los datos estadísticos derivados de esta, por lo cual el resto de resultados deben mirarse a la luz de este hecho.

Los hallazgos epidemiológicos tales como el predominio del sexo femenino son reproducidos, sin embargo, otros aspectos como las diferencias según las poblaciones o las zonas de evaluación no son determinados dado que la totalidad de los adolescentes participantes son residentes en la ciudad; esto en relación a que la intervención se realizó en el Hospital Fundación de la Misericordia ubicado en Bogotá y que a pesar de que algunos de los participantes nacieron en otros sitios de Colombia, su modelamiento social se dio dentro de la capital. Todos los adolescentes pertenecen a estrato socioeconómico dos y tres, es decir bajo medio, en posible relación al área de referencia de la institución hospitalaria y los convenios EPS/IPS. El nivel de escolaridad se encontró dentro del esperado para el rango etario y el porcentaje de pérdida de al menos un grado escolar fue mayor al reportado por el Ministerio de Educación Nacional y la Universidad Nacional en su estudio “identificar y realizar un análisis de los factores asociados a la permanencia y deserción escolar de las instituciones educativas oficiales del país” realizado en 2010 (33% vs 22%), esto en relación general a la presencia de psicopatología y en particular a los hallazgos descritos por Oyarzun G y colegas en su revisión de la relación de las habilidades sociales y el rendimiento académico(50), así como lo descrito por Clauss y colegas(26), en los cuales la presencia de habilidades sociales se relaciona con mejor rendimiento escolar.

La comorbilidad asociada al trastorno de ansiedad social tiene una probabilidad de hasta el 80%, la cual en este estudio fue superada en relación a la toma de la población de un escenario clínico, en el cual la comorbilidad es la regla y una de los motivos de asistencia a servicios médicos. La presencia de múltiples comorbilidades asociadas y los mismos tipos de comorbilidad encontrados en las poblaciones de otros estudios son reproducidos en el actual, con la particularidad del hallazgo de tres casos con funcionamiento cognitivo límite,

el cual no se ha reportado como una comorbilidad frecuente en el trastorno de ansiedad social, pero es un hallazgo posible dado que el funcionamiento cognitivo incluye las habilidades ejecutivas, dentro de las que se encuentra la habilidad para procesar información social. Adicionalmente, el funcionamiento cognitivo límite, es una entidad ampliamente sub diagnosticada, altamente prevalente en países en vía de desarrollo y con condiciones nutricionales y ambientales precarias en la primera infancia, relacionándose al predominio de estratos socioeconómicos bajo-medio, lo cual es parte de este estudio.

La mayoría de adolescentes en el entrenamiento en habilidades sociales reciben manejo farmacológico. Esto en relación a la presencia de comorbilidades, principalmente dirigido al tratamiento de trastorno obsesivo compulsivo y/o trastornos de la conducta alimentaria, por lo cual el predominio de antipsicóticos. No se encontró relación entre la toma de medicación y la presencia de ansiedad social o su disminución en las actividades sociales, ni tampoco con las habilidades pre verbales; lo cual se relaciona a que la medicación no cambia el repertorio de habilidades sociales y el uso de estrategias psicoterapéuticas es necesario para esto, lo cual también desmiente la teoría de la “farmacolización” en la cual se médica a todos los individuos con trastorno de ansiedad social.

La asistencia a las sesiones de entrenamiento fue en la mitad de los participantes la mitad de sesiones, esto en relación a los mismos factores ya descritos a la pérdida de participantes en el entrenamiento. Sin embargo, llama la atención que no se encontró relación entre el número de sesiones asistidas y el nivel de ansiedad posentrenamiento, dado que se podría pensar que un mayor número de sesiones conduce a mayor exposición y con ello habituación y menor ansiedad. Este hecho debe ser revisado en otros estudios.

La evaluación de las habilidades sociales se dividió en cinco aspectos: habilidad conversacional, petición de cita romántica, aceptación asertiva, oposición asertiva y discurso improvisado, las cuales se basaron en el manual de Jeffrey A. Kelly y han sido usadas en la mayoría de estudios sobre habilidades sociales parcial o totalmente. Dentro de estas habilidades sociales mayores, se evaluaron las habilidades moleculares, en ellas se encontraron que la flexibilidad en el tono de voz, la presencia de una expresión facial adecuada, la claridad en el relato (solo en habilidad conversacional), la expresión gestual, la postura (no en aceptación asertiva), la conducta positiva reciproca, comprensión del problema y la verbalización de desacuerdo mostraron cambios positivos en la probabilidad del pre- al posentrenamiento, pero dichos cambios no alcanzaron significancia estadística. Estas habilidades moleculares, aunque han sido reportadas como parte de la etiología del trastorno, no se han evaluado individualmente en todos los estudios de entrenamiento de habilidades sociales, sino que se han resumido en niveles de presencia de efectividad en la interacción social. En este estudio se agruparon las variables individuales pre verbales y se definió la presencia o ausencia de efectividad, pero dicha agrupación no mostro significancia estadística en la comparación del pre- al posentrenamiento. Lo cual se considera relacionado al tamaño muestral, dado que si la efectividad social mejora posentrenamiento, se considera que sus componentes deben hacerlo. Las habilidades como el número de preguntas conversacionales, comentarios auto-reveladores y expresiones de elogio mostraron cambios entre las medianas del pre- al posentrenamiento, sin embargo, solo se evidencio significancia estadística en el número de preguntas conversacionales y comentarios auto-reveladores en la petición de citas, la duración de la aceptación asertiva y el contacto visual en la oposición asertiva, con puntajes cercanos a la significancia en el contacto visual en las citas, la

oposición y el discurso, el volumen de voz en las citas, la oposición y el discurso, la expresión de cumplidos en las conversaciones y la aceptación asertiva. Tanto los hallazgos con umbral significativo estadísticamente, como los cercanos a dicho umbral, permiten acercar nuestros hallazgos a los reportados en los estudios de la Dra. Beidel, la cual encontró mejoría en el repertorio de habilidades posentrenamiento. Es importante destacar que las habilidades que mejoraron en la petición de cita son un hito de alta sensibilidad, dado que las citas románticas son la habilidad social más difícil de manejar en la adolescencia y adultez joven.

La severidad de la ansiedad antes del entrenamiento, disminuyó al comparar el final de las actividades sociales al comienzo de dichas actividades, en escenarios como la conversación, la aceptación y oposición asertiva, pero aumento con la petición de cita, en proporciones que ya están reportadas. La valoración del cambio en la proporción de severidad al culminar el entrenamiento comparando el final de las actividades sociales con respecto al inicio, evidencia disminución de la severidad en la conversación, oposición asertiva y discurso improvisado, con datos variables en aceptación asertiva. Los cambios con significancia estadística del pre- al posentrenamiento incluyen la ansiedad al finalizar la habilidad conversacional y la cita, la ansiedad previa a la aceptación asertiva, la ansiedad total previa y posterior a las actividades sociales, aunque estos hallazgos son discrepantes respecto al evaluador, ya que el adolescente describió mayores cambios en su ansiedad posentrenamiento que los reportados por el psiquiatra. Hay otros cambios cercanos al nivel de significancia como la disminución de la ansiedad previa al inicio de la conversación, la relacionada a la finalización de la oposición asertiva y la ansiedad global posterior a interacción social. Estos cambios se relacionan a que la exposición a situaciones sociales conduce a la habituación, con menor activación somática, menor ansiedad anticipatoria y

menor ansiedad residual. Así mismo, los cambios son más notables en la habilidad conversacional dado que es usada para todas las demás habilidades sociales, más frecuente en la cotidianidad y por ello con mayor posibilidad de generalización; respecto a la petición de cita romántica, es esperable que el nivel de ansiedad en los adolescentes ascendiera desde el inicio al final de la petición, sin embargo posentrenamiento hay una disminución en la ansiedad al concluir la cita, no evidenciado en la anticipación a dicha actividad, esto en relación a que dos sesiones de entrenamiento no son suficientes para lograr una modificación. Los hallazgos permiten especular que un tamaño muestral mayor podría haber permitido encontrar cambios en la ansiedad posentrenamiento en la mayoría de habilidades sociales, principalmente al finalizar las interacciones.

Respecto a las medidas secundarias de ansiedad, previo entrenamiento en habilidades sociales, cuatro participantes puntuaron positivo y uno obtuvo un puntaje límite en la escala FNE; los 5 participantes posentrenamiento puntuaron negativo en el FNE. Sin embargo, los cambios no presentaron significancia estadística ($z=-1,49$, $p=0,136$) esto en relación a lo descrito sobre el tamaño muestral. A pesar de ello, la negativización de la escala en todos los participantes posentrenamiento, se relaciona con lo descrito por Hofmann y colegas en 2004 que reportaron disminución de las auto percepciones o cogniciones negativas posentrenamiento, pero subrayan que se desconoce si el cambio cognitivo se relaciona a cambios comportamentales, hecho tampoco comprobable en este estudio, sin embargo según el modelo cognitivo conductual se considera que el cambio en las cogniciones conlleva cambios en las conductas y las emociones. A este último respecto, no se encontró correlación estadísticamente significativa entre la severidad de la ansiedad ni pre ni pos exposición social

y la puntuación del FNE, lo cual se esperó encontrar dado lo descrito previamente sobre el modelo cognitivo conductual.

Todos los participantes antes del entrenamiento puntuaron positivo el Liebowitz, 76% obtuvieron un puntaje igual o mayor a la severidad marcada, en comparación con solo dos individuos con la escala positiva posentrenamiento, una sola de severidad marcada. El cambio pre a pos entrenamiento fue estadísticamente significativo en la subescala de evitación ($z=-2,023$, $p 0,043$) y en el puntaje total ($z=-2,023$, $p 0,043$). Adicionalmente, previo y posterior al entrenamiento, la ansiedad total al finalizar la actividad social mostro una buena correlación con el puntaje total de Liebowitz, significando que en la medida que el adolescente se expone a la situación social la ansiedad aumenta y esto se relaciona con mayores puntajes de la escala de Liebowitz.

La escala de calidad de vida PedsQL 4.0 puntuó más de 70% (buena calidad) en dos casos previo a entrenamiento y en cuatro casos posentrenamiento; la mediana aumento en la comparación pos a preentrenamiento y presento significancia estadística ($z=-2,023$, $p 0,043$). Lo cual muestra que el entrenamiento mejora la calidad de vida, sin embargo, esta mejoría no parece ser atribuida a la disminución de ansiedad ante la exposición social, dado que la correlación de Spearman fue mínima y no alcanzo el nivel de significancia estadística, la mejoría no puede tampoco atribuirse a cambios claros en las habilidades sociales dado que muchas de ellas no mostraron significancia estadística, pero es importante subrayar la correlación negativa muy buena encontrada entre esta escala de calidad de vida con el número de comentarios auto reveladores durante una cita. Es importante en otros estudios explorar

con un mayor tamaño muestral cada una de las habilidades moleculares dado que la mejoría de estas es la que podría explicar la mejor calidad de vida.

El GAF preentrenamiento en cinco sujetos puntuó entre 51-60, con aumento 61-70 en cuatro sujetos posentrenamiento; la comparación de la calidad de vida del pre al posentrenamiento reporto significancia estadística ($z=-2,236$, $p 0,025$). Respecto a este hallazgo se evidencio correlaciones estadísticamente significativas con el número de preguntas conversacionales en la conversación en el preentrenamiento, pero no se reprodujo dicho hallazgo posentrenamiento. La presencia de la correlación positiva hace pensar que el mayor número de preguntas está relacionado a un mejor funcionamiento, sin embargo, ante la ausencia del hallazgo posterior no es posible hacer dicha afirmación.

La fortaleza de este estudio es que es el primero en Colombia y Latinoamérica que busco evaluar los cambios de una modalidad de tratamiento basada en el entrenamiento en habilidades sociales en población específica con trastorno de ansiedad social.

Las limitaciones de este estudio se basan en la cantidad pequeña de participantes, la ausencia de grupo control, la presencia de un único terapeuta en el entrenamiento lo cual limita el modelamiento en vivo al sexo femenino y la ausencia de un calificador sin conocimiento de la evaluación preentrenamiento para realizar la evaluación posentrenamiento.

Conclusiones

El entrenamiento en habilidades sociales aumenta las habilidades moleculares tanto preverbales como la cantidad de preguntas y comentarios en la relación con otros, predominantemente en la conversación, la cual es la base de la interacción social. Sin embargo, los hallazgos a nivel de las habilidades moleculares preverbales no alcanzaron todos a tener significancia estadística, se piensa que esto relacionado a las limitaciones del presente estudio, pero que basado en otros estudios el entrenamiento en habilidades sociales si puede modificar dichas habilidades preverbales. La severidad de la ansiedad en el inicio y culminación de una actividad social mostro disminución tanto en la calificación dada por el psiquiatra como en la asignada por el propio adolescente, principalmente en la habilidad conversacional, pero con logro también en el hito más complejo de la interacción humana que es la petición de cita romántica. Los cambios descritos en habilidades sociales y niveles de ansiedad, se acompañaron de negativización de la escala de miedo a la evaluación negativa FNE, menores puntajes de la escala de Liebowitz, mejores puntuaciones en calidad de vida y funcionamiento global. Con estos hallazgos el entrenamiento en habilidades sociales es un recurso útil y necesario en el tratamiento del trastorno de ansiedad social tanto con medicación como sin esta. Estudios adicionales trabajado en las limitaciones de este estudio pueden aclarar algunos hallazgos sin significancia estadística e incluir otras poblaciones del país.

Referencias bibliográficas

1. Rao PA, Beidel DC, Turner SM, Ammerman RT, Crosby LE, Sallee FR. Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behav Res Ther.* 2007;45(6):1181–91.
2. Rapee RM, Spence SH. The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clin Psychol Rev [Internet].* 2004;24(7):737–67. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735804000959>
3. Burstein M, He JP, Kattan G, Albano AM, Avenevoli S, Merikangas KR. Social phobia and subtypes in the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement: Prevalence, correlates, and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet].* 2011;50(9):870–80. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856711004813>
4. Talepasand S, Nokani M. Social phobia symptoms: Prevalence and sociodemographic correlates. *Arch Iran Med [Internet].* 2010 Nov;13(6):522–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21039009>
5. Beidel DC, Turner SM, Young BJ, Ammerman RT, Sallee FR, Crosby L. Psychopathology of adolescent social phobia. *J Psychopathol Behav Assess.* 2007;29(1):47–54.
6. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. Psychopathology of childhood social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet].* 1999;38(6):643–50. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709631737>
7. Schwartz CE, Snidman N, Kagan J. Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet].* 1999;38(8):1008–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199908000->

00017

8. Chavira DA, Stein MB, Malcarne VL. Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *J Anxiety Disord.* 2002;16(6):585–98.
9. Heiser NA, Turner SM, Beidel DC, Roberson-Nay R. Differentiating social phobia from shyness. *J Anxiety Disord.* 2009;23(4):469–76.
10. Wittchen HU. The many faces of social anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2000;15(Suppl1):S7–12.
11. Burstein M, Ameli-Grillon L, Merikangas KR. Shyness Versus Social Phobia in US Youth. *Pediatrics.* 2011;128(5):917–25.
12. Starcevic V. Social Anxiety Disorder (Social Phobia). In: Press U, editor. *Anxiety Disorders Adults.* 1st Editio. Oxford; 2005. p. 141–80.
13. Franklin R Schneier, Jane A Luterek, Richard G Heimberg EL. Social Phobia. In: Stein DJ, editor. *Clinical Manual of Anxiety Disorders.* 1 st. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2004. p. 63–86.
14. Tulbure BT, Szentagotai A, Dobrean A, David D. Evidence based clinical assessment of child and adolescent social phobia: A critical review of rating scales. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2012;43(5):795–820.
15. Ramsawh HJ, Chavira DA, Stein MB. Phenomenology of social anxiety disorder. In: Dan J Stein, Eric Hollander BOR, editor. *Textbook of Anxiety Disorders.* Second Edi. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2010. p. 437–52.
16. Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *Lancet.* 2008;371(9618):1115–25.
17. Scharfstein LA, Beidel DC, Finnell LR, Distler A, Carter NT. Do pharmacological and behavioral interventions differentially affect treatment outcome for children with social phobia? *Behav Modif.* 2011;35(5):451–67.

18. Rozo PP, Montoya DP, Henríquez MLC, Rojas MS. Déficit en Habilidades Sociales en Niños con Trastorno por Déficit de Atención-. 2014;23(1):95–106.
19. Gallego Villa OM. Diseño y pilotaje de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para estudiantes de psicología de una universidad privada de Bogotá. Psychol Av la Discip. 2009;3, nú:55–80.
20. Cía AH. Trastorno de ansiedad social: manual diagnóstico y tratamiento. 1°. Buenos Aires: Polemos; 2004. 336 p.
21. Garcia-Lopez L-J, Bonilla N, Muela-Martinez J-A. Considering Comorbidity in Adolescents with Social Anxiety Disorder. Psychiatry Investig [Internet]. 2016;13(5):574–6. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=27757138&site=ehost-live>
22. Rosellini AJ, Rutter LA, Bourgeois ML, Emmert-Aronson BO, Brown TA. The relevance of age of onset to the psychopathology of social phobia. J Psychopathol Behav Assess. 2013;35(3):356–65.
23. Scaini S, Belotti R, Ogliari A. Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: A meta-analytic approach to twin data. J Anxiety Disord [Internet]. 2014;28(7):650–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.07.002>
24. Mesa F, Beidel DC, Bunnell BE. An examination of psychopathology and daily impairment in adolescents with social anxiety disorder. PLoS One [Internet]. 2014;9(4):e93668. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3972144&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

25. Velting ON, Albano AM. Current Trends in the Understanding and Treatment of Social Phobia in Youth. *Psychiatry Interpers Biol Process*. 2001;42(1):127–40.
26. Clauss J, Blackford J. Behavioral Inhibition and Risk for Developing Social Anxiety Disorder: A Meta-Analytic Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(10):1–13.
27. Chavira DA, Stein MB. Childhood social anxiety disorder: From understanding to treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2005;14(4):797–818.
28. Hofmann SG, Anu Asnaani MA, Hinton DE. Cultural aspects in social anxiety and social anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2010;27(12):1117–27.
29. Xu Y, Schneier F, Heimberg RG, Princisvalle K, Liebowitz MR, Wang S, et al. Gender differences in social anxiety disorder: Results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions. *J Anxiety Disord [Internet]*. 2012;26(1):12–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.006>
30. Hayward C, Wilson KA, Lagle K, Kraemer HC, Killen JD, Taylor CB. The developmental psychopathology of social anxiety in adolescents. *Depress Anxiety*. 2008;25(3):200–6.
31. Biederman J, Hirshfeld-Becker DR, Rosenbaum JF, Herot C, Friedman D, Snidman N, et al. Further Evidence of Association Between Behavioral Inhibition and Social Anxiety in Children. *Am J Psychiatry [Internet]*. 2001;158(10):1673–9. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/158/10/1673>
32. Ollendick TH, Hirshfeld-Becker DR. The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biol Psychiatry [Internet]*. 2002;51(1):44–58. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0036150787&partnerID=40&md5=2c7782e47fb36f2750e5988c9760fd24>
33. Beidel DC, Rao PA, Scharfstein L, Wong N, Alfano CA. Social skills and social

- phobia: An investigation of DSM-IV subtypes. *Behav Res Ther* [Internet]. 2010;48(10):992–1001. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.005>
34. Singh JS, Hope DA. Cognitive-behavioral approaches to the treatment of social anxiety disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2009;46(1):62–9.
35. Cartwright-hatton S, Hodges L, Porter J. Social anxiety in childhood: The relationship with self and observer rated social skills. - *PsycINFO - ProQuest*. 2003;5:737–42. Available from:
<http://search.proquest.com.proxy.library.carleton.ca/psycinfo/docview/620085985/BA81D952B9804BDCPQ/1?accountid=9894>
36. Beidel DC, Turner SM, Young B, Paulson A. Social effectiveness therapy for children: Three-year follow-up. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(4):721–5.
37. Beidel DC, Alfano CA, Kofler MJ, Rao PA, Scharfstein L, Wong Sarver N. The impact of social skills training for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2014;28(8):908–18. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.016>
38. Hovenkamp-Hermelink JHM, Riese H, Van Der Veen DC, Batelaan NM, Penninx BWJH, Schoevers RA. Low stability of diagnostic classifications of anxiety disorders over time: A six-year follow-up of the NESDA study. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;190:310–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.035>
39. Fehm L, Beesdo K, Jacobi F, Fiedler A. Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: Prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2008 Apr;43(4):257–65. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18084686>
40. Dell’Osso L, Rucci P, Ducci F, Ciapparelli A, Vivarelli L, Carlini M, et al. Social

- anxiety spectrum 3355. EurArchPsychiatry Clin Neurosci [Internet]. 2003;253(6):286–91. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0346655351&partnerID=40&md5=c0017275ce8d9315fbd4e997cc564c96>
41. Crome E, Baillie A. Social anxiety disorder diagnostic criteria perform equally across age, comorbid diagnosis, and performance/interaction subtypes. Anxiety, Stress Coping [Internet]. 2015;28(2):179–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24888217%5Cnhttp://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10615806.2014.930445>
42. National Institute for Health and Care Excellence. Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment [Internet]. NICE. 2013. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/resources/social-anxiety-disorder-recognition-assessment-and-treatment-pdf-35109639699397%5Cnhttps://www.nice.org.uk/guidance/cg159/resources/social-anxiety-disorder-recognition-assessment-and-treatment-3510963969939>
43. D.C. B, S.M. T, B.J. Y. Social Effectiveness Therapy for Children: Five Years Later. Behav Ther [Internet]. 2006;37(4):416–25. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L44634396%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2006.06.002>
44. Dam-baggen R Van, Ph D. Group Social Skills Training or Cognitive Group Therapy as the Clinical Treatment of Choice for Generalized Social Phobia ? 2000;14(5):437–51.
45. Beidel D, Alfano C, Kofler M, Rao P, Scharfstein L WN. The Impact of Social Skills Training For Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. J Anxiety Disord. 2014;28(8):908–18.
46. Kelly JA. Entrenamiento de las habilidades sociales. Viso S del, editor. Bilbao:

Editorial Desclée de Brouwer, S.A; 1987. 251 p.

47. Liliana Chaves Castaño CMCD. Validación de las escalas de evitación, ansiedad social y temor a la evaluación negativa en población Colombiana. *Asoc Colomb Psicol.* 2008;11(2):65–76.
48. Masia-Warner C, Storch EA, Pincus DB, Klein RG, Heimberg RG, Liebowitz MR. The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An initial psychometric investigation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2003;42(9):1076–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.CHI.0000070249.24125.89>
49. Vélez CM, Villada Ramírez AC, Amaya Arias AC, Eslava-Schmalbach JH. Rasch Model in the Validation of the Paediatric Quality of Life Inventory TM 4.0 (PedsQL 4.0TM) in Colombian Children and Adolescents. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2016;45(3):186–93. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000300007
50. Oyarzun Iturra Gabriela; Estrada Claudia; Pino Eduardo; Oyarzun Miriam; Habilidades sociales y rendimiento académico: Una mirada desde el género. *Acta Colomb Psicol.* 2012;15(2):21–8.