

INTERVENCIÓN SOBRE LAS DIMENSIONES DE LA ANSIEDAD SOCIAL POR MEDIO DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Marcia F. Wagner^{1,2}, Anderson S. Pereira¹ y Margareth S. Oliveira¹

¹*Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul;*

²*Faculdade Meridional-IMED (Brasil)*

Resumen

Este estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales (EHS) en la disminución de la ansiedad social. Participaron 32 estudiantes universitarios con sintomatología de ansiedad social que contestaron al "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO-A30) y la "Escala de ansiedad social de Liebowitz-versión de autoinforme" (LSAS-SR). El programa de intervención, de 10 sesiones, aborda temas como el manejo de la ansiedad, la asertividad, técnicas de relajación, relaciones interpersonales, hablar en público y expresión de sentimientos. Las diferencias de medias y el tamaño de efecto muestran que se produjo un cambio significativo en las medidas postratamiento en comparación con las medidas pretratamiento, tanto a nivel global, como en las cinco dimensiones del CASO-A30 y en la LSAS-SR. Estos datos apoyan, además, la sensibilidad del CASO-A30 para medir los cambios en el tiempo y la validez de esta nueva medida de ansiedad social. Se concluye que el programa de EHS es eficaz para disminuir la ansiedad social de los universitarios y el CASO-A30 una medida adecuada para evaluar el trastorno de ansiedad social.

PALABRAS CLAVE: *ansiedad social, entrenamiento en habilidades sociales, CASO-A30, sensibilidad.*

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of a social skills training program (SST) in reducing social anxiety. The participants were 32 university students with significant social anxiety symptoms that completed the "Social Anxiety Questionnaire for Adults" (SAQ-A30) and the "Liebowitz Social Anxiety Scale-Self-report" (LSAS-SR). The 10-session intervention program addressed issues such as anxiety management, assertiveness, relaxation techniques, interpersonal relations, public speaking and expression of feelings. Mean differences and effect size showed that there was a significant change in the post-treatment scores on the two measures compared with the pretreatment ones, both globally (SAQ-A30 and LSAS-SR) and in the five dimensions of the

Este estudio fue posible gracias a una beca de doctorado concedida a la primera autora por parte de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Correspondencia: Marcia Fortes Wagner, Faculdade Meridional, IMED, Passo Fundo, Rio Grande do Sul (Brasil). E-mail: mwagner@imed.edu.br

SAQ-A30. These data further support the SAQ-A30 sensitivity to measure changes over time and the validity of this new measure of social anxiety. We conclude that the SST program is highly effective in reducing social anxiety of university students and that the SAQ-A30 is an appropriate measure for assessing social anxiety disorder.

KEY WORDS: *Social anxiety, social skills training, SAQ-A30, sensitivity.*

Introducción

Estar involucrado en interacciones sociales es un comportamiento inherente al ser humano. No obstante, el individuo no siempre consigue ser socialmente habilidoso y mantener relaciones interpersonales satisfactorias. Hay estudios que señalan una relación directa entre el bajo índice de interacción social, el déficit en las habilidades sociales y conflictos en las relaciones interpersonales, presentando una peor calidad de vida y diversos tipos de trastornos psicológicos (Del Prette y Del Prette, 2001).

En el contexto universitario, muchas situaciones exigen el empleo de determinadas habilidades sociales (HHSS), como la toma de decisiones y la solución de problemas, la autonomía y la competencia en las relaciones interpersonales, teniendo en cuenta que el individuo está en un proceso de formación para ingresar a un mercado de trabajo altamente competitivo, en el que parece que los más asertivos terminan presentando mejor desempeño. El interés por el estudio de las interacciones sociales de los estudiantes universitarios se justifica porque el ingreso en la universidad conlleva cambios y transformaciones sociales a medida que este nuevo ambiente exige nuevas demandas de conocimientos, habilidades y competencias, requiriendo un proceso de adaptación para obtener éxito académico. Así, Bandeira y Quaglia (2005) y Bolsoni-Silva (2009), destacan la relación entre HHSS, rendimiento académico y salud mental y, Furtado, Falcone y Clark (2003), muestran que deficiencias en esas habilidades pueden contribuir al desarrollo del estrés y de trastornos psicológicos.

Entre las HHSS necesarias durante los estudios universitarios se pueden destacar las implicadas con el hablar en público, como la presentación de seminarios, el hacer preguntas y responder a profesores y compañeros, el hablar en clase, conversar y charlar con profesores sobre calificaciones y otras evaluaciones, trabajar en grupo, escuchar, estar de acuerdo o en desacuerdo, negociar, argumentar, además de iniciar conversaciones con el objetivo de una relación de pareja, mantener o terminar relaciones, interactuar con amigos y familiares, etc. Todas esas habilidades propician una vida saludable y, consecuentemente, un buen desempeño académico (Bandeira y Quaglia, 2005; Del Prette y Del Prette, 2003; Del Prette *et al.*, 2004; Pacheco y Rangé, 2006; Villas Boas, Silveira y Bolsoni-Silva, 2005).

Bartholomeu, Nunes y Machado (2008) analizaron la relación entre las HHSS y la socialización en estudiantes universitarios, suponiendo que las interacciones sociales establecidas entre los individuos son favorecidas o dificultadas en función de las tendencias de su personalidad. Los resultados indicaron diferencias

significativas entre sexos. Así, las mujeres presentaron mayor tendencia a expresar afectos positivos, elogiar a familiares, defender a alguien del grupo, además de abordar a desconocidos (pidiéndoles favores o haciendo preguntas) y hablar en público. Por otra parte, los hombres mostraron resultados más elevados en el autocontrol de la agresividad, sugiriendo una mayor tendencia a reaccionar adecuadamente a estímulos que determinen el control de la agresividad y la rabia, en el manejo de críticas y de bromas ofensivas, pero con un componente de impulsividad.

Falcone (1999) y Falcone *et al.* (2008) presentaron sus investigaciones sobre empatía, una habilidad social que está relacionada con la capacidad de comprender, compartir o considerar sentimientos y necesidades con otras personas, además de su expresión y comprensión de forma sensible y adecuada. Desarrollaron un programa de entrenamiento en empatía con estudiantes universitarios con el objetivo de aumentar el comportamiento empático. Los resultados de estos estudios mostraron cambios significativos en la convivencia social de los estudiantes asociados a un aumento de la capacidad de escuchar y comprender a los demás y, consecuentemente, a una disminución de los conflictos interpersonales y a una mejoría, en general, de las relaciones sociales.

Un estudio chileno realizado con 156 hombres, con edades comprendidas entre 16 y 46 años, se centró en la evaluación de las relaciones entre el optimismo y las habilidades de solución a problemas, que son considerados factores protectores ante las dificultades de la vida. Los datos encontrados muestran que los individuos pesimistas se diferencian de los optimistas, teniendo más dificultades en la orientación positiva y en la solución racional de los problemas, por lo que el trabajo concluye que los optimistas presentan estrategias más eficaces de afrontar las demandas del medio en el que viven (Villarreal y Guerrero, 2003). Estos datos refuerzan la importancia de programas de intervención que auxilian a los individuos en sus dificultades para ser más asertivos en la busca de soluciones, estimulando su competencia para aprender a solucionar los problemas que surgen a lo largo de la vida.

Los déficit en HHSS pueden asociarse a diversos cuadros psicopatológicos, como la depresión (p. ej., Roldán, Salazar y Garrido, 2014; Segrin, 2000), trastornos de ansiedad (Caballo, Olivares, López-Gollonet, Irurtia y Rosa, 2003; Roldán *et al.*, 2014), estilos/trastornos de la personalidad (p. ej., Caballo, Salazar, Irurtia, Arias y Equipo de Investigación CISO-A, 2010; Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares y Olivares, 2014; Del Prette, Falcone y Murta, 2011) y esquizofrenia (p. ej., Penn, Kohlmaier y Corrigan, 2000). El trastorno de ansiedad social (TAS) parece estar relacionado especialmente con la falta de habilidades sociales (p. ej., Caballo, Salazar, García-López, Irurtia y Arias, 2014; Caballo, Salazar, Garrido e Irurtia, 2012; Caballo, Salazar, Irurtia *et al.*, 2014; Salazar, Roldán, Garrido y Ramos-Navas Parejo, 2014), algo esperado teniendo en cuenta que dicho trastorno se caracteriza por la presencia de temor o ansiedad intensos en una o más situaciones sociales en las que el individuo se ve expuesto a la posible evaluación por parte de otras personas, siendo ejemplos de las mismas las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas poco conocidas o desconocidas), el ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y el actuar delante

de otras personas (p. ej., dar una charla). (*American Psychiatric Association, APA, 2013*). Habitualmente dicho temor tiene su inicio en la infancia o la adolescencia y las situaciones sociales temidas provocan una respuesta inmediata de ansiedad, que perjudica notablemente el desempeño de la persona afectada (Caballo, Salazar, García-López *et al.*, 2014; Marom, Aderka, Hermesh y Gilboa-Schechtman, 2009; Chagas *et al.*, 2010).

Muchas investigaciones concuerdan en la relevancia de la terapia cognitivo conductual (TCC) y del entrenamiento de habilidades sociales (EHS) como los tratamientos de elección para ser utilizados en pacientes con TAS (Angélico, Crippa y Loureiro, 2006; Caballo, 2003a; Caballo, Salazar *et al.*, 2012; Caballo, Salazar, García-López *et al.*, 2014; D'El Rey, Lacava, Cejkinski y Mello, 2008). Una revisión de literatura de los estudios que evalúan la eficacia de las técnicas cognitivas y conductuales en la disminución del TAS fue llevada a cabo por Mululo, Menezes, Fontenelle y Versiani (2009) y los resultados confirmaron que son eficaces en el tratamiento de este cuadro clínico, destacando que la asociación de la TCC con el EHS presentó ventajas adicionales en relación con el modelo convencional.

Algunos investigadores como Del Prette y Del Prette (2003) centraron sus intervenciones en observaciones de universitarios, durante 36 horas, que tenían lugar a lo largo de dos sesiones semanales de dos horas. Sus resultados muestran pruebas de que hubo un desarrollo de las habilidades, entre ellas, la observación y descripción de comportamientos, la autoobservación del desempeño en situaciones que requieren creatividad y autocontrol, el dar y recibir retroalimentación, el elogiar los desempeños, el expresarse de forma asertiva y con empatía y el saber solucionar los problemas.

Otros autores se han centrado en el repertorio socialmente habilidoso de estudiantes universitarios en muestras de alumnos con quejas de dificultades interpersonales (Villas Boas, Silveira y Bolsoni-Silva, 2005), en graduados de Psicología (Del Prette, Del Prette y Barreto, 1999; Magalhães y Murta, 2003; Del Prette *et al.*, 2004; Bolsoni-Silva, 2009) y comparando hombres y mujeres en la carrera de Ciencias Humanas, Exactas y Biológicas en general (Barreto, Pierre, Del Prette y Del Prette, 2004). Todos los estudios se refieren a que hubo diferencias significativas entre la evaluación de antes y la de después de la intervención y concluyeron que los programas de EHS favorecen el desarrollo de habilidades y la competencia social.

Existen también intervenciones breves en grupo, descritas en la literatura, que incluyen programas de EHS, TCC y exposiciones en vivo y en directo con adolescentes que presentan trastornos de ansiedad (Fisher, Masia-Warner y Klein, 2004; Olivares-Olivares, Rosa-Alcázar y Olivares-Rodríguez, 2007). Según Sareen y Stein (2000), las psicoterapias de corto plazo, la TCC, el EHS y la exposición en vivo son los tratamientos que han sido sistemáticamente estudiados y demostrado su eficacia para pacientes con un TAS. De acuerdo con esto, los programas de prevención deberían centrarse en el desarrollo de la asertividad, de la empatía y de la solución de problemas (Falcone, 2002; Falcone *et al.*, 2008), con el objetivo de aumentar las competencias sociales.

Desde esa misma perspectiva, Gorayeb, Cunha Netto y Bugliani (2003) desarrollaron un programa denominado "Habilidades para la vida", dirigido a adolescentes y profesores, con el objetivo de desarrollar habilidades para solucionar diversas situaciones de riesgo. A través de las sesiones de grupo se llevó a cabo el entrenamiento en habilidades para tomar decisiones, de solución de problemas, pensamiento crítico, pensamiento creativo, comunicación eficaz, relaciones interpersonales, autoconocimiento, empatía, tratar con las emociones y el estrés. Los resultados mostraron que los adolescentes presentaron mejoras en la interacción en grupo, además del aumento de la conciencia sobre las situaciones de riesgo y de las habilidades necesarias para manejarse de forma adecuada. Minto *et al.* (2006) analizaron los temas, contenidos y metodologías adoptados en esa intervención, destacando su importancia como estrategia para hacer de los adolescentes individuos más competentes y con mejores estrategias de afrontamiento ante las demandas de su vida cotidiana.

Otro programa similar ya había sido desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (2001) en un documento denominado "Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes". En este documento se planteó que el enfoque de habilidades para la vida debía desarrollar destrezas que ayuden a los jóvenes en la adquisición de aptitudes necesarias para el desarrollo humano y que posibiliten el enfrentamiento necesario de los desafíos de la vida por medio de métodos de educación interactivos, incluyendo discusiones abiertas, dramatizaciones, ensayos de habilidades y actividades diversas en grupos pequeños. Se identifican como habilidades para la vida los siguientes temas: 1) habilidades sociales e interpersonales (incluyendo comunicación, habilidades de rechazo, agresividad y empatía), 2) habilidades cognitivas (como tomar decisiones, pensamiento crítico y creativo y autoevaluación) y 3) habilidades para manejar emociones (como el estrés y el aumento del locus de control interno).

Almeida (2003) y Caballo (1996) destacan las ventajas de algunas intervenciones en grupo en el EHS, entre las cuales podemos citar la existencia de una situación social ya establecida, que los diferentes tipos de personas representan distintos papeles y suministran retroalimentación, la posibilidad de una serie de modelos para modelar y que algunos de estos pueden presentar características en común con el observador. Los programas de EHS con evaluaciones antes y después de la intervención conllevan en su planteamiento la posibilidad de evaluar su eficacia de forma empírica. Este tipo de evaluación posibilita a los profesionales averiguar las dificultades y puntos fuertes que el paciente posee antes de iniciar la intervención y mostrar que el programa funciona realmente como estrategia eficaz de cambio de comportamiento.

El presente estudio tiene como objetivo probar la eficacia de una intervención breve en grupo denominada "Programa de desarrollo de habilidades interpersonales" dirigida a la disminución de la ansiedad social en sujetos universitarios. Se plantea que la reducción de dicha ansiedad social se logrará por medio de la mejora de la competencia interpersonal e individual a través de la enseñanza de estrategias para mejorar sus habilidades sociales.

Método

Participantes

Del total de participantes ($n= 45$) que realizaron la evaluación inicial, 13 individuos (el 28,9%) fueron excluidos. De estos, cuatro sujetos no lograron alcanzar una puntuación mínima en la evaluación del "Questionario de Ansiedad Social para Adultos" (*Cuestionario de ansiedad social para adultos*, CASO-A30; Caballo, Salazar, Arias et al., 2010; Caballo, Salazar, Iruña, Arias, Hofmann et al., 2010; Caballo, Salazar et al., 2012) y la "Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale, Self-Report*, LSAS-SR; Liebowitz, 1987) para ser considerados como fóbicos sociales, mientras que nueve abandonaron posteriormente el programa.

El número final de participantes de este estudio fue de 32 estudiantes universitarios brasileños, con un rango de edad entre 19 a 41 años y una media de 25,75 años ($DT= 8,05$), graduados de diferentes carreras que presentaban síntomas de ansiedad social. De la muestra total, el 71,9 % ($n= 23$) eran mujeres y el 28,1% ($n= 9$) eran hombres. La media de la edad de las mujeres era de 26,83 años ($DT= 9,04$) y en el caso de los hombres de 23 años ($DT= 3,81$). Con relación al estado civil y a su actividad profesional, el 68,8% de los estudiantes afirmaba ser soltero, no tener novio ni pareja y el 62,5% informó que tenía trabajo. En la tabla 1 se encuentran algunos datos descriptivos de los participantes en el programa de intervención.

Tabla 1

Datos descriptivos de los participantes en el programa de habilidades sociales ($N= 32$)

Variables	<i>n</i>	%
Sexo		
Hombre	9	28,1
Mujer	23	71,9
Estudios		
Psicología	8	25,0
Derecho/Abogacía	18	56,3
Ciencias Contables, Arquitectura y Administración	4	12,5
Servicios Sociales e Historia	2	6,2
Trabaja		
Sí	16	50
No	16	50
Estado civil		
Soltero o sin pareja	22	68,8
Casado o con pareja	6	18,8
Separado	4	12,5
Ingresos (reales)		
500-1000	2	6,3
1000-1500	7	21,9
1500-2000	14	43,8
Más de 2000	9	28,1

Nota: Un euro= 3 reales (aproximadamente).

Instrumentos

Se pasaron los siguientes instrumentos de autoinforme antes y después de la aplicación del programa de EHS:

- “Questionário de Ansiedade Social para Adultos” (*Cuestionario de ansiedad social para adultos*, CASO-A30; Caballo, Salazar, Arias et al., 2010; Caballo, Salazar, Irurtia, Arias, Hofmann et al., 2010; Caballo, Salazar et al., 2012). Se utilizó la versión en portugués del CASO-A30 validada para muestras brasileñas (Caballo, Salazar et al., 2012). Dicho cuestionario se compone de 30 ítems, a los que debe responderse a través de una escala Likert de cinco puntos (desde 1= “nada o muy poco” hasta 5= “mucho o muchísimo”), según el grado de malestar, tensión o nerviosismo que experimente en cada una de las situaciones descritas. Este cuestionario permite establecer problemas en las cinco dimensiones de la ansiedad social sumando las puntuaciones obtenidas en cada una y de forma global con base en la puntuación total. Los puntos de corte para cada dimensión y por sexo aparecen en Caballo, Salazar et al. (2012). Los estudios brasileños de fiabilidad del CASO-A30 (p. ej., Wagner, 2011) muestran que el instrumento posee una elevada consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,93. El análisis factorial de la versión brasileña del CASO-A30 presenta una estructura de cinco factores o dimensiones (Caballo, Salazar et al., 2012): 1) “Hablar en público/Interacción con personas de autoridad”, 2) “Interacción con el sexo opuesto”, 3) “Interacción con desconocidos”, 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, y 5) Quedar en evidencia o en ridículo. Esta estructura parece ser básica para la ansiedad social presentándose tanto en adultos como en niños (Caballo, Arias et al., 2012). La fiabilidad informada (dos mitades de Guttman y alfa de Cronbach) sobre la puntuación total del CASO-A30 es alta (desde 0,82 hasta 0,94) (Caballo, Salazar, Arias et al., 2010a; Caballo, Salazar, Irurtia et al. 2010b, 2014; Caballo et al., 2012; Salazar, 2013).
- “Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme” (*Liebowitz Social Anxiety Scale, Self-Report*, LSAS-SR; Liebowitz, 1987). Se utilizó una versión traducida al portugués de la LSAS-SR, que consta de 24 ítems que evalúan el temor o ansiedad, por una parte, y evitación, por otra, de situaciones sociales específicas. A los sujetos se les pide que puntúen su temor o ansiedad en una escala tipo Likert, desde 0 (nada) hasta 4 (mucho), al igual que la evitación sobre el mismo tipo de escala, desde 0 (nunca) hasta 4 (habitualmente). La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de la subescala de temor o ansiedad y la de evitación. Según Terra et al. (2006) la puntuación global en el cuestionario puede arrojar tres niveles de gravedad de la ansiedad social: leve (menor o igual a 51), moderada (entre 52 y 81) y grave (mayor o igual a 82). Otros estudios han informado sobre adecuados niveles de fiabilidad para la puntuación total de esta escala (dos mitades de Guttman desde 0,79 hasta 0,94 y de consistencia interna [alfa de Cronbach] entre 0,86 y 0,95) (p. ej., Caballo, Salazar, Irurtia, Arias y Nobre, 2013; González et al., 1998; Salazar, 2013).

Procedimiento

El programa de intervención fue divulgado en instituciones que imparten carreras de grado superior por medio de carteles, trípticos e invitaciones verbales en las salas de clase. Se explicó que el trabajo estaba dirigido a alumnos que presentaban síntomas importantes de ansiedad social y dificultades sociales e interpersonales, con el fin de desarrollar habilidades sociales que le permitan al individuo un buen desempeño en su vida personal y académica.

Los niveles de ansiedad social de los participantes fueron evaluados a través del CASO-A30 (Caballo, Salazar, Arias *et al.*, 2010; Caballo, Salazar, Irurtia, Arias, Hofmann *et al.*, 2012; Wagner, 2011) y de la LSAS-SR (Liebowitz, 1987; Terra *et al.*, 2006). La evaluación inicial (pretratamiento) fue llevada a cabo en la primera sesión y la final (postratamiento) después de la última. Inicialmente fue desarrollado un estudio piloto con dos grupos de ocho participantes, totalizando 16 universitarios, con el objetivo de poner a prueba el programa de 10 sesiones y los instrumentos de evaluación y, luego, se llevó a cabo el EHS realizando varios grupos durante la misma semana, para mantener el número de participantes ente 5 y 8. A continuación se hace la descripción del programa.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA INTERVENCIÓN

El protocolo de EHS desarrollado para este estudio fue adaptado del modelo descrito por Caballo (1996, 2003b), en formato grupal, con un número de participantes que variaba entre 5 y 8 por grupo y aplicado a lo largo de 10 sesiones semanales, cada una con una duración de dos horas. La intervención en grupo ofrece algunas ventajas sobre la intervención individual, ya que el grupo en sí mismo ofrece situaciones sociales en las que es posible practicar con otras personas las habilidades trabajadas, además de establecer un clima de apoyo mutuo en una situación real y no disimulada como en el formato individual. Otras ventajas del formato grupal son el menor gasto financiero por parte del paciente y un mejor uso del tiempo (y los recursos) por parte del terapeuta.

La estructura de cada encuentro siguió una misma línea, permitiéndoles a los participantes libertad de expresión de pensamientos y sentimientos. El programa se desarrolló con los siguientes contenidos: autoconocimiento y habilidades de presentación, relaciones interpersonales y habilidades para charlas y conversaciones, habilidades asertivas, habilidades de expresión de afecto y empatía, habilidades ante el conflicto, saber convivir con el estrés, pensamiento crítico y creativo, la toma de decisiones y la solución de problemas. En el transcurso de las sesiones, se desarrolló, junto con los participantes, las actividades específicas del EHS, con exposición oral de conceptos, debates y discusiones así como técnicas de trabajo en grupo a partir de las prácticas de exposición o escenarios conductuales.

Los instrumentos de evaluación fueron administrados antes (pre) y después (pos) de la intervención con el fin de comprobar la eficacia del programa. Igualmente, se intentó comprobar específicamente si el CASO-A30 conseguía reflejar dichos cambios en los individuos, evaluando la mejoría de los síntomas de

ansiedad social. De acuerdo con Cummings y Hulley (2008), la capacidad de un instrumento para detectar cambios puede ser una prueba de su sensibilidad a través de su aplicación "antes y después de que los pacientes reciban un tratamiento considerado eficaz" (p. 270).

La intervención se llevó a cabo en una sala de la institución, en horario y local diferentes al de las clases y conducida por una psicóloga coordinadora y una practicante de psicología. Se informó a los participantes de los objetivos de la actividad, de la aplicación de los instrumentos, de la preservación de sus identidades y, además, firmaron un documento de consentimiento libre e informado.

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

La intervención intentó seguir la reacción de los participantes a partir de algunos procedimientos como la retroalimentación verbal de los coordinadores del grupo, el grado de aplicabilidad de las sesiones y la posibilidad de utilización de lo que se trabajó en cada sesión a sus vivencias diarias, el informe de la aplicación práctica de las habilidades adquiridas y la evaluación de su actuación. Todas las sesiones siguieron la misma estructura, empezando con la revisión de asuntos y actividades programadas en la semana anterior, siguiendo con un espacio libre para expresión de las experiencias en la aplicación de las estrategias aprendidas, la discusión del contenido específico del día. Para evaluar la ansiedad de los participantes durante las sesiones se utilizó un continuo en el que se un extremo del mismo indicaba una puntuación de "0" (que indicaba una relajación total) y el otro una puntuación de "100" (que indicaba una ansiedad extrema). Seguidamente se presenta una breve descripción de los aspectos principales de cada sesión.

- *Primera sesión.* Presentación de los terapeutas y explicación del objetivo del grupo y de las actividades a ser desarrolladas. Luego, presentación de los participantes al resto del grupo y, seguidamente, identificación del grado de ansiedad en ese momento inicial frente al grupo, con base en el continuo descrito anteriormente (de 0 a 100). Se presentaron los conceptos de habilidad social y de EHS. Al fin de esta primera sesión se aplicaron los siguientes instrumentos: ficha sociodemográfica, CASO-A30 y LSAS-SR.
- *Segunda sesión.* Exposición de los conceptos y síntomas de la ansiedad, especificando lo que es ansiedad social y proporcionando un espacio para la libre expresión por medio de la cual se invita a los participantes a manifestarse sobre los momentos en los cuales sintieron más ansiedad y qué estrategias utilizaron para obtener un equilibrio esas situaciones. Después, se enseñaron técnicas de grupo. Las tareas para casa consistieron en entrenar la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva para su uso en las situaciones ansiógenas que surjan.
- *Tercera sesión.* Se centra en los comportamientos básicos de las HHSS, la importancia de la comunicación no verbal, la mirada, el contacto visual, el volumen y la velocidad de la voz. Los participantes observaron un extracto de una película identificando los comportamientos no verbales presentes,

debatiendo cuáles eran los más adecuados y proponiendo posibles comportamientos en lugar de los no adecuados. Las tareas para casa se centraron en la observación y anotación de la comunicación no verbal en los diferentes contextos que abordaba la persona y sus consecuencias.

- *Cuarta sesión.* Explicación de los conceptos de agresividad, pasividad y asertividad siguiendo a Caballo (2003b) y realización de un debate sobre comportamientos agresivos, pasivos y asertivos. Los participantes se dividieron en parejas y recibieron algunas fichas con ejemplos de situaciones y tres formas diferentes de reaccionar a ellas. Después, escogieron la más adecuada y representaron el comportamiento. Al final, todos recibieron una hoja de autorregistro de las habilidades sociales para anotar sus comportamientos diarios como tarea para la semana.
- *Quinta sesión.* Los temas a trabajar se centraron en cómo iniciar y mantener una conversación, en estar atentos a los elementos no verbales, a la libre información y a la autorrevelación, en elogiar, en pedir y expresar opiniones y en expresar sentimientos positivos. En parejas, a partir de temas sugeridos por sorteo, se planteó un asunto de interés mutuo, desarrollando un diálogo, buscando mantener la conversación sin pausas prolongadas. Luego, se evaluó la actividad, pensando y reflexionando sobre posibles errores de comunicación y también en la forma cómo se aborda. Cerca del final de la sesión, se realizó otra actividad en parejas, mirándose cara a cara y a los ojos, tenían que hacerse un cumplido sincero de algo que admirasen en su compañero, el otro aceptaba, agradecía y viceversa. Como tarea para casa se eligió una situación específica por cada uno de los miembros en la que podrían entrenar las estrategias desarrolladas en el grupo, describiendo por escrito esas actividades y evaluando cómo fue su actuación.
- *Sexta sesión.* El tema central de esta sesión fue la defensa de los derechos a partir del debate sobre una lista de los derechos básicos del ser humano (Caballo, 2003b). Se pidió que todos los miembros del grupo intentasen recordar una situación en la que se habían dado cuenta que les faltaron el respeto y la describieron en una hoja. La sesión transcurrió con la participación del grupo, realizando la autorrevelación de las situaciones y, a partir de un trabajo de ensayo comportamental (o dramatización) de las escenas, el grupo trató de construir, en conjunto, estrategias de solución de los problemas en las que tales situaciones podrían haber transcurrido de forma más adecuada, por medio de conversaciones y comportamientos más asertivos.
- *Séptima sesión.* Se practican actividades que implican la expresión de sentimientos y las reacciones frente a situaciones generadoras del estrés, centrándose en el aprendizaje de habilidades de solución de conflictos. Se enseñan algunas técnicas como cuestionar un argumento y expresar opiniones personales, elaborar formas de actuar adecuadamente en esos momentos, reconocer sentimientos y expresar afecto, desarrollar empatía, conseguir invitar a una persona para una actividad y tomar conciencia de las dificultades de ser empático en situaciones positivas y negativas.

- *Octava sesión.* Esta sesión incluye el pensamiento crítico y creativo, el tomar decisiones y la solución de los problemas, buscar la estimulación de las capacidades de preguntar, reflexionar, analizar, la ausencia de un juicio apresurado de ideas, la búsqueda de alternativas, el escuchar a las personas y el pedir aclaraciones cuando una afirmación no se ha entendido bien. En relación con el tomar decisiones y solucionar problemas, se examinan las estrategias de evaluación de las posibles "situaciones problema", identificando diferentes estrategias para su solución, la elección de formas de actuación y la adopción de criterios a través de la utilización de capacidades personales y recursos del medio. Uno de los objetivos es el incremento de la conciencia de los individuos con respecto a su responsabilidad frente a la solución de sus problemas a partir de la evaluación de las diferentes opciones para solucionarlos, de acuerdo con los criterios establecidos y la elección de la alternativa que garantice una mayor probabilidad de consecuencias positivas.
- *Novena sesión.* En esta sesión se plantea el desarrollo de un trabajo de prevención de recaídas, revisando conceptos importantes trabajados durante las sesiones anteriores y técnicas como la elaboración de fichas sobre el afrontamiento de situaciones, la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva. Se lleva a cabo un ejercicio para hablar en público en el que se indica a los participantes que preparen un pequeño texto que dominen para ser presentado de forma breve frente al grupo, teniendo como prerrequisito el dominio del asunto y el lenguaje verbal y no verbal. Después, el propio grupo discutió sobre la actividad, la actuación individual y planteó sugerencias sobre posibles cambios de comportamiento.
- *Décima sesión.* En esta última sesión se vuelven a aplicar los cuestionarios rellenados en la primera sesión. Como finalización se realizó un resumen general de los principales conceptos trabajados durante la intervención y se dio retroalimentación a cada participante.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio fue evaluado y aprobado por la Comisión Científica de la Facultad de Psicología y por el Comité de Ética en Investigación de la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul (PUCRS) con el número CEP 08/04082. Todos los participantes aceptaron participar de forma voluntaria y firmaron un documento de consentimiento libre en el que se explicaban los objetivos del estudio.

Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis estadísticos utilizándose el programa *Statistical Package for the Social Sciences, SPSS*, versión 17.0. Se realizaron comparaciones de medias, utilizando la *t* de Student y se calculó la magnitud del efecto con la *d* de Cohen. Para este estudio se calculó el punto de corte de cada dimensión tomando como base los de Caballo, Salazar, Iruña, Arias, Hofmann *et al.* (2012) y teniendo en cuenta que, en esta muestra, hay un mayor

número de mujeres que de hombres. Concretamente, se obtuvo multiplicando el punto de corte de las mujeres por el número de mujeres más el punto de corte de hombres por el número de hombres y dividiendo todo por el número total de sujetos. Por ejemplo, para la dimensión "Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado", el punto de corte se hallaría así:

$$\text{Punto de corte} = \frac{(19 \times 23) + (21 \times 9)}{32} = 19,56$$

Resultados

Se compararon las puntuaciones obtenidas en el CASO-A30 por todos los participantes en el programa de habilidades sociales antes y después de la intervención. Se consideró tanto la puntuación media en cada una de las cinco dimensiones del CASO-A30 como la puntuación total en el mismo. En la tabla 2 se incluyen los datos de la *t* de Student y la *d* de Cohen, así como el punto de corte de cada una de las dimensiones y del total del CASO-A30, por encima de la cual se considera que una persona tiene una elevada ansiedad social (fobia social). Como se puede ver en la tabla 1, la media de la puntuación total y de dos de las cinco dimensiones, "Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado" (F4) y "Quedar en evidencia o en ridículo" (F5) era superior al punto de corte establecido para el CASO-A30. La media de tres de las dimensiones, "Hablar en público/Interacción con personas con autoridad" (F1), "Interacción con el sexo opuesto" (F2) y la "Interacción con desconocidos" (F3) era ligeramente inferior al punto de corte de la misma, aunque esas diferencias eran mínimas. La mejora en las cinco dimensiones y en la puntuación total fue altamente significativa y de una magnitud elevada en todos los casos ($d > 0,80$), desde $d = 0,93$ ("Interacción con el sexo opuesto") hasta $d = 1,63$ ("Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado"), incyendo la magnitud de las diferencias en la puntuación total del CASO-A30 ($d = 1,91$).

Se compararon también las puntuaciones obtenidas en la LSAS-SR por todos los participantes en el programa de HHSS antes y después de la intervención. En la tabla 2 se incluyen esos datos. Dependiendo de las referencias, la media pretratamiento de los participantes en el LSAS-SR era superior al punto de corte para los pacientes con fobia social generalizada (60 o más) (Mennin *et al.*, 2002; Rytwinski *et al.*, 2009) o tenían un nivel moderado de ansiedad social (>52 y <81) (Terra *et al.*, 2006). La mejora de la ansiedad social medida por la LSAS-SR fue, también, altamente significativa y de una magnitud elevada ($d = 1,25$).

Tabla 2

Medias y desviaciones típicas obtenidas en el CASO-A30 y la LSAS-SR, antes y después de la intervención, nivel de significación, tamaño del efecto y puntos de corte (N= 32)

Instrumento	Preintervención		Posintervención		t	p	d Cohen	Punto de corte
	M	DT	M	DT				
CASO-A30								
F1	21,19	5,51	14,53	5,56	7,74	< 0,001	1,20	21,87
F2	19,94	5,04	14,09	4,59	7,27	< 0,001	1,21	20
F3	17,25	5,64	12,59	4,33	5,82	< 0,001	0,93	17,71
F4	21,53	4,72	14,15	4,33	8,35	< 0,001	1,63	19,56
F5	22,66	3,38	16,87	4,17	6	< 0,001	1,52	20,44
Total	102,56	13,65	72,25	17,78	11,54	< 0,001	1,91	95,59
LSAS-SR	64,75	19,01	41,22	18,68	8,35	< 0,001	1,25	^{a, b}

Nota: CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; F1= Hablar en público/Interacción con personas con autoridad; F2= Interacción con el sexo opuesto; F3= Interacción con desconocidos; F4= Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado; F5= Quedar en evidencia o en ridículo; LSAS-SR= "Escala de ansiedad social de Liebowitz-versión de autoinforme". ^aLos puntos de corte según Terra et al. (2006) son: < 52= nivel leve de ansiedad social, entre 52 y 81= nivel moderado de ansiedad social y > 82= nivel grave de ansiedad social; ^blos puntos de corte según Mennin et al. (2002) y Rytwinski et al. (2009) son: entre 30 y 60= fobia social circunscrita y > 60= fobia social generalizada.

Discusión

Este estudio tuvo como principal objetivo probar la eficacia de una intervención breve en grupo, denominada "Programa de desarrollo de habilidades interpersonales", dirigida a la disminución de la ansiedad social en sujetos universitarios. Nuestros resultados muestran una disminución significativa en los niveles de ansiedad social de los estudiantes tras participar en el programa. Estos cambios se observan de forma global, a través de las puntuaciones totales de los dos instrumentos utilizados, el CASO-A30 y la LSAS-SR, así como en las cinco dimensiones específicas de la ansiedad social que evalúa el CASO-A30.

Las mediciones pre y postratamiento, además del objetivo de evaluar la eficacia del programa de HHSS, nos permiten obtener información sobre la validez del CASO-A30 (Caballo, Salazar, Arias et al., 2010) y su sensibilidad para evaluar el cambio terapéutico en población brasileña (Wagner, 2011). Hemos elegido el CASO-A30 para detectar los efectos de nuestro programa de habilidades sociales en la reducción de los niveles de ansiedad social por tratarse de una nueva medida de autoinforme para la ansiedad social que ha sido creada y validada especialmente para población hispanohablante (Caballo, Salazar, Irurtia, Arias, Hofmann et al., 2010; Caballo, Salazar et al., 2012; Salazar, 2013), ha sido utilizada con población universitaria (Caballo, Salazar, Arias et al., 2010; Salazar, 2013; Wagner, 2011) y Brasil ha contribuido con importantes muestras para los estudios transculturales (Caballo, Salazar, Irurtia, Arias, Hofmann et al., 2010; Caballo, Salazar et al., 2012).

Nuestros datos indican que el CASO-A30 es sensible a los cambios en el tiempo. Se calcularon los tamaños del efecto para cada una de las cinco dimensiones del CASO-A30 y de su puntuación total y todas las magnitudes

fueron grandes ($> 0,80$ según Cohen, 1988), lo que apoya que los cambios fueron producidos principalmente por la intervención realizada. Se calculó también el tamaño del efecto para la otra medida de ansiedad social (la LSAS-SR) con el fin de proporcionar un contexto en el que los tamaños del efecto para el CASO-A30 pudieran ser evaluados. El tamaño del efecto de la disminución de la ansiedad social de los universitarios fue elevado en todos los casos, con una d de Cohen superior a 1 en 6 de las 7 mediciones. Una d de 1 representa una mejora igual a una desviación típica del pre al postratamiento. Ese tamaño del efecto fue especialmente elevado en las dimensiones de "Quedar en evidencia o en ridículo" ($d= 1,52$) y "Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado" ($d= 1,63$) así como en la ansiedad global evaluada por el CASO-A30 ($d= 1,91$). Igualmente, aunque sin llegar a esos valores tan elevados, también fue importante en las dimensiones de "Hablar en público/Interacción con personas con autoridad" ($d= 1,20$) y de "Interacción con el sexo opuesto" ($d= 1,21$). En la dimensión de "Interacción con desconocidos", aunque con una d inferior a las demás ($0,93$), superó igualmente el $0,80$. Además, la puntuación postratamiento en estas cinco dimensiones y en la puntuación total del CASO-A30 cayó muy por debajo de los puntos de corte, indicando que los participantes dejaban de tener problemas en la ansiedad social y en todas sus dimensiones. Estos resultados ponen en evidencia tanto la eficacia del programa de EHS como la sensibilidad del CASO-A30 para medir los cambios pre/postratamiento en la ansiedad social general y en las dimensiones de la misma.

Como ya indicamos anteriormente, la dimensión de la ansiedad social que mejoró más fue la "Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado", algo esperado teniendo en cuenta que el programa de intervención se centraba en el entrenamiento en habilidades sociales y las actividades que abordan el comportamiento asertivo suelen ser más numerosas e intensas que para el resto de las dimensiones.

La LSAS-SR, por su parte, mostró también ser sensible al programa de intervención al reflejar una disminución de la ansiedad social del pre al postratamiento. La diferencia pre/postratamiento en esta medida de autoinforme fue estadísticamente significativa y con un elevado tamaño del efecto ($d > 1,25$), aunque menor que en el CASO-A30. Aunque ambos cuestionarios arrojan una puntuación global de ansiedad social, el CASO-A30 indica además aquellas dimensiones específicas en las que el disminuye el nivel de ansiedad social. Esta es una de las ventajas de este último cuestionario, no sólo sobre la LSAS-SR, sino sobre el resto de los cuestionarios de ansiedad social habitualmente utilizados a nivel internacional.

Aunque en este estudio parece demostrada la sensibilidad del CASO-A30 y de la LSAS-SR a los efectos de un programa de intervención, hay algunas limitaciones que queremos señalar. En primer lugar, la ausencia de un grupo control modera los resultados encontrados. Aunque sería muy poco probable que el paso del tiempo pudiera producir resultados similares a los obtenidos en este trabajo, la comparación del grupo de tratamiento con un grupo control hubiera probablemente reforzado la eficacia del programa de intervención. En segundo lugar, hubiera sido deseable la obtención de datos de seguimiento con

posterioridad a la finalización del tratamiento, al menos a los tres o seis meses. Finalmente, la evaluación de otras variables, como las habilidades sociales en sí mismas (p. ej., Caballo, Salazar, Olivares et al., 2014), hubiera ayudado a especificar aún más los efectos del tratamiento.

Referencias

- Angélico, A. P., Crippa, J. A. S. y Loureiro, S. R. (2006). Fobia social e habilidades sociais: uma revisão da literatura. *Interação em Psicologia*, 10, 113-125.
- Almeida, C. G. (2003). *Intervenções em grupo: estratégias psicológicas para a melhoria da qualidade de vida*. São Paulo: Papyrus.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5ª ed. (DSM-5). Washington, DC: Autor.
- Bandeira, M. y Quaglia, M. A. (2005). Habilidades sociais de estudantes universitários: identificação de situações sociais significativas. *Interação em Psicologia*, 9, 45-55.
- Barreto, M. C. M., Pierre, M. R. S. R., Del Prette, Z. A. P. y Del Prette, A. (2004). Habilidades sociais entre jovens universitários: um estudo comparativo. *Revista de Matemática e Estatística*, 22, 31-42.
- Bartholomeu, D., Nunes, C. H. S. S. y Machado, A. A. (2008). Traços de personalidade e habilidades sociais em universitários. *PsicoUSF*, 13, 41-50.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2009). Supervisão em habilidades sociais e seu papel na promoção deste repertório em estagiários de psicologia. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5, 18-34.
- Caballo, V. E. (2003a). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos*. São Paulo: Santos Editora. (Orig. 1997).
- Caballo, V. E. (2003b). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos Editora. (Orig. 1997).
- Caballo, V. E. (1996). Treinamento em habilidades sociais. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 361-398). São Paulo: Santos Editora. (Orig. 1993).
- Caballo, V. E., Arias, B., Salazar, I. C., Calderero, M., Irurtia, M. J. y Ollendick, T. H. (2012). A new self-report assessment measure of social phobia/anxiety in children: the Social Anxiety Questionnaire for Children (SAQ-C24). *Behavioral Psychology/Psicologia Conductual*, 20, 485-503.
- Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Irurtia, M. J. y Rosa, A. I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 11, 539-562.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Irurtia, M. J., Calderero, M. y CISO-A España, Equipo de Investigación (2010). Validación del "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO-A30) en universitarios españoles: similitudes y diferencias entre carreras universitarias y comunidades autónomas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 5-34.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., García-López, L. J., Irurtia, M. J. y Arias, B. (2014). Trastorno de ansiedad social (fobia social): características clínicas y diagnósticas. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2ª ed.) (pp. 183-217). Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Garrido, L. e Irurtia, M. J. (2012). Fobia social. En M. A. Vallejo (dir.), *Manual de terapia de conducta* (tomo 1, 2ª ed.) (pp. 335-401). Madrid: Dykinson.

- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B. y Equipo de Investigación CISO-A (2010). Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 259-276.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. y CISO-A Research Team (2010). Measuring social anxiety in 11 countries: development and validation of the Social Anxiety Questionnaire for Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 95-107.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. y CISO-A Research Team (2012). The multidimensional nature and multicultural validity of a new measure of social anxiety: the Social Anxiety Questionnaire for Adults. *Behavior Therapy*, 43, 313-328.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B. y Nobre, L. (2013). The assessment of social anxiety through five self-report measures, LSAS-SR, SPAI, SPIN, SPS, and SIAS: a critical analysis of their factor structure. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 423-448.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Olivares, P. y Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 401-424.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Olivares, P., Irurtia, M. J., Olivares, J., & Toledo, R. (2014). Evaluación de las habilidades sociales: estructura factorial y otras propiedades psicométricas de cuatro medidas de autoinforme. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 375-399.
- Chagas, M. H., Nardi, A. E., Manfro, G. G., Hetem, L. A., Andrada, N. C., Levitan, M. N., Salum, G. A., Isolan, L., Ferrari, M. C. y Crippa, J. A. (2010). Guidelines of the Brazilian Medical Association for the diagnosis and differential diagnosis of social anxiety disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, 444-452.
- Cummings, S. R., Stewart, A. L. y Hulley, S. B. (2003). Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados. En S. B., Hulley, S. R. Cummings, W. S. Browner, D. Grady, N. Hearst y T. B Newman (dirs.), *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica* (pp. 265 -281). Porto Alegre: Artmed. (Orig. 2001).
- Del Prette, A., Del Prette, Z. y Barreto, M. C. M. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual*, 7, 27-47.
- Del Prette, Z. A. P. y Del Prette, A. (2001). *Inventário de habilidades sociais: manual de aplicação e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, A. y Del Prette, Z. A. P. (2003). No contexto da travessia para o ambiente de trabalho: treinamento de habilidades sociais com universitários. *Estudos de Psicologia*, 8, 413-420.
- Del Prette, Z. A. P., Falcone, E. M. O. y Murta, S. G. (2011). Contribuições do campo das habilidades sociais para a compreensão, prevenção e tratamento dos transtornos de personalidade. En L. F. Carvalho y R. Primi (dirs.), *Perspectivas em psicologia dos transtornos da personalidade: teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., Barreto, M. C. M., Bandeira, M., Rios-Saldaña, M. R., Ulian, A. L. A. O., Gerk-Carneiro, E. F., Falcone, E. M. O. y Villa, M. B. (2004). Habilidades sociais de estudantes de Psicologia: um estudo multicêntrico. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 17, 341- 350.
- D'El Rey, G. J. F., Lacava, J. P. L., Cejkinski, A. y Mello, S. L.(2008). Tratamento cognitivo-comportamental de grupo na fobia social: resultados de 12 semanas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35, 79-83.
- Falcone, E. O. (2002). Contribuições para o treinamento de habilidades de interação En H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz y M. C. Scoz (dirs.), *Sobre comportamento e*

- cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento (pp. 91-104). Santo André, SP: ESETec.
- Falcone, E. O., Ferreira, M. C., Luz, R. C. M., Fernandes, C. S., Faria, C. A., D'Augustin, J. F., Sardinha, A. y Pinho, V. D. (2008). Inventário de empatia (I.E.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Avaliação Psicológica*, 7, 321-333.
- Fisher, P. H., Masia-Warner, C. y Klein, R. G. (2004). Skills for Social and Academic Success: a school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 241-249.
- Furtado, E. S., Falcone, E. M. O. y Clark, C. (2003). Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. *Interação (Curitiba)*, 7, 43-51.
- Gorayeb, R., Cunha Netto, J. R. y Bugliani, M. A. P. (2003). Promoção de saúde na adolescência: experiência com programas de ensino de habilidades de vida. En Z. A. Trindade y N. A. Andrade (dirs.), *Psicologia e Saúde: um campo em construção* (pp. 89-100). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Liebowitz M. R. (1987). Social phobia. *Modern problems of pharmacopsychiatry*, 22, 141-73.
- Magalhães, P. P. y Murta, S. G. (2003). Treinamento de habilidades sociais em estudantes de psicologia: um estudo pré-experimental. *Temas em Psicologia da SBP*, 11, 28-37.
- Marom, S., Aderka, I.M., Hermesh, H. y Gilboa-Schechtman, E. (2009). social phobia: maintenance models and main components of CBT. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46, 264-268.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Davies, S. O. y Liebowitz, M. R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 661-673.
- Minto, E. C., Pedro, C. P., Cunha Netto, J. R. C., Bugliani, M. A. P. y Gorayeb, R. (2006). Ensino de habilidades de vida na escola: uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 11, 561-568.
- Mululo, S. C. C., Menezes, G. B., Fontenelle, L. y Versiani, M. (2009). Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36, 221-228.
- Nardi, A. E. (2000). *Transtorno de ansiedade social: fobia social - a timidez patológica*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Olivares-Olivares, P. J., Rosa-Alcázar, A. I. y Olivares-Rodríguez, J. (2007). Validez social de la intervención en adolescentes con fobia social: padres frente a profesores. *Terapia Psicológica*, 25, 63-71.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud Familiar y Población, Unidad Técnica de Adolescencia. *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington, DC: Fundación W. K. Kellogg.
- Pacheco, P. y Rangé, B. (2006). Desenvolvimento de habilidades sociais em graduandos de Psicologia. En M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette y A. Del Prette (dirs.), *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp. 199-216). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Penn, D. L., Kohlmaier, J. R., y Corrigan, P. W. (2000). Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: social skills, perceived attractiveness, and symptoms. *Schizophrenia Research*, 45, 37-45.
- Roldán, G. M., Salazar, I. C. y Garrido, L. (2014). La asertividad y la salud de familiares cuidadores de pacientes con trastorno mental grave. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 501-521.
- Rytwinski, N. K., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Liebowitz, M. R., Cissell, S., Stein, M. B. y Hofmann, S. G. (2009). Screening for social anxiety disorder with the

- self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depression and Anxiety*, 26, 34-38.
- Salazar, I. C. (2013). *Fiabilidad y validez de una nueva medida de autoinforme para la evaluación de la ansiedad/fobia social en adultos*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Granada, España.
- Salazar, I. C., Roldán, G. M., Garrido, L. y Ramos-Navas Parejo, J. M. (2014). La asertividad y su relación con los problemas emocionales y el desgaste en profesionales sanitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 523-549.
- Sareen, J. y Stein, M. (2000) A review of the epidemiology and approaches to the treatment of social anxiety disorder. *Drugs*, 59, 497-509.
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20, 379-403.
- Terra, M. B., Barros, H. M. T., Stein, A. T, Figueira, I., Athayde, L. D, Tergolina, L. P., Rovani, J. S y Silveira, D. X. (2006). Internal consistency and factor structure of the Portuguese version of the Liebowitz Social Anxiety Scale among alcoholic patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 265-269.
- Villas Boas, A. C. V. B., Silveira, F. F. y Bolsoni-Silva, A. T. (2005). Descrição de efeitos de um procedimento de intervenção em grupo com universitários: um estudo piloto. *Interação em Psicologia*, 9, 321-330.
- Villarreal, P. E. V. y Guerrero, A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*, 2, 21-26.
- Wagner, M. F. (2011). *Evidências psicométricas do Questionário de Ansiedade Social para Adultos (CASO-A30)*. Tesis doctoral no publicada, Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.

RECIBIDO: 10 de mayo de 2014

ACEPTADO: 20 de agosto de 2014