



# Ansiedad Social en Preadolescentes: Programa de Intervención

**Mg. Pamela Robles Ridi**

*Docente de la Universidad Nacional de San Luis, Argentina.  
perobles@unsl.edu.ar*

**Mg. María Lourdes Tapia**

*Docente de la Universidad Nacional de San Luis, Argentina.*

**Mg. María Susana Correché**

*Docente de la Universidad Nacional de San Luis, Argentina.*

## Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar Ansiedad Social en preadolescentes de un Establecimiento educativo de la Provincia de San Luis–Argentina, para luego intervenir por medio de un Taller a través de tres etapas: Pre-Intervención, Post-Intervención y Seguimiento. Se administró el Cuestionario de Ansiedad Social de Caballo, Arias Salazar, Irurtia y Ollendick (CASO-N24, 2012). La muestra estuvo conformada por 13 preadolescentes, de ambos sexos, cuyas edades estaban comprendidas entre 10 y 11 años. El análisis se llevó a cabo por medio de un estudio longitudinal de medidas repetidas. Los resultados evidencian diferencias significativas luego de la intervención realizada. Esto indica efectividad en la intervención realizada, favoreciendo la disminución de Ansiedad Social en una etapa evolutiva de gran vulnerabilidad.

**Palabras claves:** Ansiedad Social, Preadolescentes, Intervención.

## Abstract

The objective of this study was to evaluate Social Anxiety in preadolescents of an educational establishment in the Province of San Luis, Argentina, and then intervene through a workshop through three stages: Pre-Intervention, Post-Intervention and Follow-up. The Horse Social Anxiety Questionnaire, Arias Salazar, Irurtia and Ollendick (CASO-N24, 2012) was administered. The sample consisted of 13 preadolescents, of both sexes, whose ages were between 10 and 11 years. The analysis was carried out by means of a longitudinal study of repeated measures. The results show significant differences after the intervention performed. This indicates effectiveness in the intervention carried out, favoring the reduction of Social Anxiety in an evolutionary stage of great vulnerability.

**Keywords:** Social Anxiety, Preadolescents, Intervention.

## Introducción

Actualmente el Trastorno de Ansiedad Social (TAS), sigue perteneciendo a la categoría de Trastornos de Ansiedad y los criterios diagnósticos del DSM-V (APA 2013) son: miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas, miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizado, aferrarse o el fracaso de hablar en situaciones sociales. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura seis meses o más.

Si bien se han producido muchos avances en la evaluación y tratamiento de los trastornos de ansiedad en general y de la Ansiedad Social en particular, no obstante, tal avance ha sido desigual entre el mundo de los adultos y el de los niños y los adolescentes.

La importancia clínica de este trastorno está dada por la intensidad del miedo, el nivel de malestar que ocasiona y su grado de generalización, es decir, la cantidad de dimensiones sociales a las que se teme, su cronicidad, o tiempo de duración del trastorno y el impacto que tiene en la vida del individuo, lo que se relaciona con el grado de evitación de las situaciones sociales temidas y con las limitaciones que presenta.

Las situaciones sociales temidas por los niños y adolescentes pueden ser muy variadas, pero podrían agruparse en seis grandes categorías: 1) Interacción con el sexo opuesto, 2) Quedar en evidencia o en ridículo, 3) Interacción con desconocidos, 4) Hablar en público/Interacción con superiores, 5) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado y 6) Actuar en público.

Hoy en día el TAS, es uno de los trastornos con mayor prevalencia presente en la población adulta, si bien su inicio suele ser en la adolescencia, un porcentaje cercano al 30% tiene su inicio en la niñez, no remitiendo sin un tratamiento psicológico adecuado (Caballo, Calderero, Salazar, Arias e Irurtia, 2011).

Las reacciones emocionales desadaptativas suelen ser severas e incluyen dolor de cabeza y de estómago, ataques de pánico ocasionales, llantos, respuestas de escape y evitación, sensación de nudo en la garganta, ruborizarse, palpitaciones, sensación de desmayo, temblores, entre otras. Otras manifestaciones que se han hallado particularmente en niños, por su etapa evolutiva, son el llanto, el tartamudeo o quedarse paralizado. Los casos más tempranos que cumplen los criterios para el diagnóstico del trastorno presentan una edad que se sitúa entre los 8 y los 12,3 años, encontrándose en los estudios epidemiológicos el mayor número de casos entre los 14 y los 16 años (Kearny, 2005; Willetts y Creswell, 2007).

Las consecuencias o los efectos del TAS traspasan el ámbito personal y afectan al social y académico, y luego en la vida adulta se manifestarán en el ámbito ocupacional del individuo. En

el caso de los niños y adolescentes, se los observa más retraídos, aislados y torpes a la hora de interactuar con los demás, generalmente tienen menos amigos y sus relaciones con las personas que no pertenecen al círculo más íntimo se resienten de esta incompetencia social.

Cuanto más generalizado sea el temor, mayor será la probabilidad de tener problemas de rendimiento académico, de presentar absentismo y abandono de la educación; mayores serán las dificultades para crear lazos de amistad y relaciones de pareja, crecer profesionalmente, mejorar los ingresos económicos, el nivel de vida y presentar otro tipo de trastornos mentales como depresión, distimia o alcoholismo (Caldero, Salazar y Caballo, 2011).

Respecto a la comorbilidad los sujetos con un diagnóstico primario de Ansiedad Social generalmente manifiestan síntomas asociados con otros trastornos de ansiedad, depresión y abuso de sustancias tóxicas como el alcohol u otras drogas legales e ilegales.

Los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que el TAS es un trastorno psicológico con alta prevalencia en población infantil y juvenil, llegando a ser uno de los trastornos más diagnosticados en el contexto clínico durante esta fase de la vida. Este trastorno sigue en porcentaje de prevalencia al trastorno de ansiedad generalizada (TAG), lo que lo sitúa como el segundo trastorno psicológico con mayor proporción de prevalencia en población infantil (Costello, Egger y Angold, 2004).

Estos datos ponen de relieve la importancia que puede tener en esta fase de la vida una estrategia de detección e intervención temprana para este trastorno, a fin de minimizar sus efectos tanto en el momento presente como en el desarrollo futuro de los niños y adolescentes.

El Taller realizado abordó los siguientes temas: Autoestima, Autoconcepto y distintas Habilidades Sociales como Resolución de Problemas, Toma de decisiones, Asertividad, Empatía, Reconocimiento y manejo de Emociones. Estos temas fueron elegidos teniendo en cuenta la base empírica, que los sitúa como un recurso especial para la protección y promoción de la salud, debido a que benefician la adaptación y la interacción con otros, siendo factores protectores de la Ansiedad Social y otros trastornos psicológicos.

Una baja Autoestima, un negativo Autoconcepto y un déficit en las habilidades sociales generan mayor vulnerabilidad en esta etapa evolutiva. Mientras que, el incremento del sentido de autoeficacia, la autoestima, el autoconcepto y las habilidades sociales de la persona, reduce los niveles de Ansiedad Social.

El modelo explicativo desde el cual se trabajó fue la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1982), quien incorporó el concepto de determinismo recíproco y aprendizaje por observación para explicar la relación entre persona y ambiente. El ser humano es un ser social que se conforma a partir de las relaciones con los otros, aprende de lo que ve y de sus experiencias. Por lo tanto, la familia, los medios de comunicación, tecnológicos y la escuela, sirven de modelos de aprendizaje de conductas funcionales y disfuncionales, lo que permite aproximarse a la comprensión de las conductas de Ansiedad Social y al abordaje de las mismas desde esta perspectiva.

## Objetivos

- Explorar los niveles de Ansiedad Social en la muestra de alumnos participantes.
- Desarrollar y aplicar un programa de intervención con fines preventivos, analizando la efectividad del mismo.
- Realizar una evaluación Pre-intervención, Post-Intervención y Seguimiento.
- Aportar herramientas para las prácticas preventivas y de intervención en el ámbito de la educación.

## Metodología

Es un diseño cuasi-experimental, de un grupo. Se tomó en cuenta la variante longitudinal de medidas repetidas o intra sujeto. El tipo de estudio que se realizó fue descriptivo, comparativo y correlacional entre las siguientes etapas: Pre-intervención, Post-intervención y Seguimiento.

Es un estudio prospectivo, debido al interés que existe respecto a los efectos y consecuencias futuras de la intervención, a corto y mediano plazo.

La muestra intencional quedó conformada por 13 alumnos preadolescentes (7 varones y 6 mujeres) cuyas edades oscilaron entre 10 y 11 años, pertenecientes a 5° Grado de un Colegio Privado de la Pcia. De San Luis-Argentina.

Se solicitó a la Institución Educativa la colaboración para la realización del trabajo. La participación fue de carácter voluntario y con Consentimiento Informado firmado por los tutores y los participantes.

## Instrumento

Se aplicó el Cuestionario de Ansiedad Social de Caballo, Arias Salazar, Irurtia y Ollendick (CASO-N24, 2012), sin adaptaciones previas al trabajo de campo. El cuestionario consta de 24 ítems que pueden responderse en una escala tipo Likert de 1 a 4 (1= nunca; 4= muchas veces), dependiendo de las veces que hayan vivido, cada una de las situaciones que incluye en el cuestionario. Presenta una versión para chicos y otra para chicas. Presentando una Media general entre 77,03 y 85,68 en ambos sexos. Los ítems del instrumento se distribuyen en seis dimensiones: 1) Hablar en público/Interacción con superiores (D1). Presentando una Media entre 12,73 y 13,57 en ambos sexos. 2) Interacción con el sexo opuesto (D2). Presentando una Media entre 18,00 y 20,47 en ambos sexos. 3) Quedar en evidencia o hacer el ridículo (D3). Presentando una Media entre 16,14 y 18,86 en ambos sexos. 4) Expresión asertiva de molestia (D4). Presentando una Media entre 7,91 y 9,07 en ambos sexos. 5) Interacción con desconocidos (D5). Presentando una Media entre 10,32 y 11,67 en ambos sexos. 6) Actuar en público (D6). Presentando una Media entre 12,42 y 12,59 en ambos sexos.

## Procedimiento

Se intervino por medio de un Taller a través de tres etapas: Pre-Intervención, Post-Intervención y Seguimiento, el mismo se desarrolló en 7 (siete) encuentros de manera semanal y 1 (un) encuentro transcurrido 60 días de finalizada la intervención (total 8 encuentros). Se trabajaron por medio de distintas actividades los siguientes temas: Autoestima, Autoconcepto y distintas Habilidades sociales como Resolución de Problemas, Toma de decisiones, Asertividad, Empatía, Reconocimiento y manejo de Emociones. El fin fue aportar herramientas psicoterapéuticas (al ámbito clínico y educativo), destinadas a preadolescentes, que favorezcan una mejor convivencia entre pares.

## Análisis de los Resultados

Se realizó el análisis estadístico del Cuestionario de Ansiedad Social para niños (CASO-N24, 2012). Se tuvieron en cuenta las puntuaciones medias y desviación estándar, pertenecientes a una muestra de España para comparar los resultados obtenidos en las instancias de Pre-Intervención, Post-Intervención y Seguimiento.

El grupo (N=13), obtuvo un valor bajo de Ansiedad Social en las tres instancias. Las Dimensiones que analiza el Cuestionario: Hablar en público/Interacción con profesores (D1), Interacción con el sexo opuesto (D2), Quedar en evidencia o ridículo (D3), Expresión asertiva de molestia o enfado (D4), Interacción con desconocidos (D5) y Actuar en público (D6), presentaron puntuaciones bajas, observándose una disminución de los valores entre las instancias (Tabla 1).

Tabla 1

*Estadística Descriptiva de las Dimensiones del CASO-N24. Obtenidos en las tres Instancias: Pre, Post y Seguimiento (N=13).*

	PRE		POST		SEG	
	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE
D1	6,76	2,35	6,00	2,61	5,46	1,66
D2	10,61	1,98	7,84	3,02	7,15	2,51
D3	10,53	2,36	9,92	2,87	7,84	1,90
D4	7,30	2,21	6,15	2,40	5,23	1,58
D5	8,38	2,53	5,92	1,60	4,84	1,06
D6	10,30	3,22	8,53	2,96	7,38	2,32
Total	53,92	9,53	44,38	10,88	37,92	6,90

Nota: Hablar en público/Interacción con profesores (D1), Interacción con el sexo opuesto (D2), Quedar en evidencia o ridículo (D3), Expresión asertiva de molestia o enfado (D4), Interacción con desconocidos (D5) y Actuar en público (D6)

Fuente: Elaboración propia

Se realizó la Prueba de Normalidad de la muestra para cada Dimensión del CASO-N24, encontrándose lo siguiente:

Las Dimensiones 3 y 6 del CASO-N24 cumplían los criterios de normalidad, aplicándose para su análisis inferencial pruebas paramétricas (ANOVA y LSD). El resto de las Dimensiones del CASO-N24, se los analizó con pruebas no paramétricas (Kruskal- Wallis y Mediana de Mood).

Se aplicó ANOVA para evaluar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las tres instancias (Pre Intervención, Post Intervención y Seguimiento) en las Dimensiones 3 y 6 del CASO-N24, encontrándose diferencias significativas en Quedar en evidencia o ridículo (D3) ( $p=0,009$ ) y Actuar en público (D6) ( $p=0,03$ ).

Para evaluar entre que instancias (Pre Intervención, Post-Intervención y Seguimiento) hubo diferencias significativas, se aplicó la prueba LSD, y se obtuvieron los siguientes resultados: Quedar en evidencia o ridículo (D3), existen diferencias significativas entre la instancia de Pre-Intervención y Seguimiento ( $p=0,005$ ) y entre la instancia de Post Intervención y Seguimiento ( $p= 0, 015$ ); Actuar en Público (D6), existen diferencias significativas entre la instancia de Pre-Intervención y Seguimiento ( $p=0,009$ ).

Se utilizó la Prueba de Kruskal-Wallis, para analizar si existían diferencias significativas entre las distintas instancias de intervención (Pre Intervención, Post-Intervención y Seguimiento), en las Dimensiones 1, 2, 4 y 5 del CASO-N24. Se encontraron diferencias significativas entre las distintas Instancias, en las Dimensiones Interacción con el sexo opuesto (D2) ( $p=0,006$ ) e Interacción con desconocidos (D5) ( $p=0,0001$ ).

Se aplicó la Prueba de Mediana de Mood para evaluar entre que instancias (Pre-Intervención, Post-Intervención y Seguimiento) existían diferencias estadísticamente significativas, encontrándose los siguientes resultados significativos: en Interacción con el sexo opuesto (D2), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la instancia Pre Intervención y Seguimiento ( $p=0,006$ ); En Interacción con desconocidos (D5), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la instancia Pre Intervención y Seguimiento ( $p < 0.01$ ).

## **Discusión y Conclusiones**

Respecto a la Ansiedad Social, si bien se obtuvieron valores por debajo del promedio, se observa que los valores disminuyeron en la Post-Intervención y en el Seguimiento en comparación con la Pre-Intervención. Aquellos comportamientos como interactuar con superiores dentro del aula, responder preguntas, trabajar en el pizarrón, interactuar con el/la chico/a que les gusta, invitar a salir a alguien, quedar expuesto a bromas de los demás, ser criticado, expresar el enojo de manera asertiva, tartamudear frente a otras personas, interactuar con personas desconocidas, realizar actividades frente al público como actuar, cantar, que son disparadores de la Ansiedad

social, disminuyeron al finalizar el Taller y se mantuvieron en el tiempo, mejorando la adaptación en el grupo.

Lo expuesto anteriormente muestra que las estrategias utilizadas en el Taller y los distintos temas abordados han sido efectivos, logrando producir cambios asociados a la disminución de conductas relacionadas con la Ansiedad Social. La presentación de estos cambios en la instancia de Seguimiento, implica que se han mantenido en el tiempo, se han adquirido e incorporado produciendo modificaciones a nivel cognitivo, conductual y afectivo de cada sujeto que participó, siendo generalizados a la vida cotidiana, aportando herramientas para prácticas preventivas y de intervención en el ámbito educativo.

La preadolescencia se presenta como una etapa evolutiva de mayor vulnerabilidad, donde muchos chicos constituyen un grupo de riesgo para conductas como consumo de sustancias, suicidio, depresión, ansiedad, entre otras. En esta etapa es donde se manifiesta con mayor frecuencia la Ansiedad Social, por lo tanto, realizar intervenciones preventivas sobre la misma adquiere importancia para disminuir la aparición de conductas de vulnerabilidad y brindar recursos que permitan transitarla de manera saludable.

Los resultados alcanzados permiten concluir la importancia de la participación en Talleres Psicoeducativos con fines preventivos. La modalidad de trabajo grupal genera un sentido de pertenencia, que favorece el intercambio y la reflexión entre pares, permitiendo el desarrollo potencial de cada uno y favoreciendo los vínculos.

## Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, EEUU: APA.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa.
- Caballo, V. E., Calderero, M., Salazar, I. C., Arias, B. e Irurtia, M. J. (2011). *Cuestionario de interacción social para niños - III (CISO-NIII)*. Manuscrito sin publicar.
- Caballo, V., Arias, B., Salazar, I., Calderero, M., Irurtia, M. y Ollendick, T. (2012). Una nueva medida de autoinforme para evaluar la ansiedad/fobia social en niños: el "cuestionario de ansiedad social para niños" (CASO-N24). *En Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 20 (3), 485-504.
- Calderero, M., Salazar, I. y Caballo, V. (2011). Una revisión de las relaciones entre el acoso escolar y la ansiedad social. *En Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19 (2), 393-419.

- Costello, E. J., Egger, H. L. y Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. En T. H. Ollendick y J. S. March (dirs.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 61-91). Nueva York: Oxford University Press.
- Kearney, C.A. (2005). *Social Anxiety and Social Phobia in Youth: Characteristics, Assessment, and Psychological Treatment*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Willetts, L. y Creswell, C. (2007). *Overcoming your child's shyness and social anxiety*. Reading, Inglaterra: Constable y Robinson.