

Doctorado en Psicología de la Salud,
Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Tesis Doctoral

Fiabilidad y validez
de una nueva medida
de autoinforme para
la evaluación de la
ansiedad/fobia social
en adultos

Autor
Isabel Cristina
Salazar Torres

Director
Dr. Vicente E.
Caballo

Universidad de Granada



UGR | Universidad
de Granada

Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Doctorado en Psicología de la Salud, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

FIABILIDAD Y VALIDEZ DE UNA NUEVA MEDIDA DE AUTOINFORME PARA LA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD/FOBIA SOCIAL EN ADULTOS

Tesis doctoral

Isabel Cristina Salazar Torres

Autor

Vicente E. Caballo

Director

Granada (España), 9 de julio de 2013

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Isabel Cristina Salazar Torres
D.L.: GR 1036-2014
ISBN: 978-84-9028-972-3

La doctoranda Isabel Cristina Salazar Torres y el director de la tesis Vicente E. Caballo garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la supervisión del director de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada (España), 9 de julio de 2013

Director de la Tesis
Vicente E. Caballo
Fdo.:

Doctoranda
Isabel Cristina Salazar Torres
Fdo.:

A Vic, mi invaluable compañero de vida.

A mis padres, mi más preciada constante.

ÍNDICE

	Página
AGRADECIMIENTOS	i
ALGUNAS PRECISIONES EN TORNO AL ESTILO UTILIZADO EN ESTA TESIS DOCTORAL.....	iii
LISTA DE TABLAS	v
LISTA DE FIGURAS	ix
LISTA DE ANEXOS	xi
RESUMEN	xiii
PRESENTACIÓN	xv
I. APARTADO TEÓRICO	1
1. INTRODUCCIÓN	3
2. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA FOBIA SOCIAL (TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL)	7
2.1. Definición	7
2.2. Clasificación diagnóstica según el DSM y la CIE	8
2.2.1. Situaciones sociales temidas	14
2.3. Propuestas para una caracterización del trastorno de ansiedad social o fobia social en el DSM-5.....	15
3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL O FOBIA SOCIAL.....	21
3.1. Aspectos conductuales	21
3.2. Aspectos cognitivos.....	25
3.3. Aspectos fisiológicos y emocionales	27
4. EPIDEMIOLOGÍA, EDAD DE INICIO Y CURSO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL O FOBIA SOCIAL	29
4.1. Epidemiología del trastorno	29
4.1.1. Prevalencia de la fobia social según el sexo.....	30
4.1.2. Diferencias de sexo en ansiedad social según las medidas de autoinforme	34
4.1.3. Diferencias de sexo con población general en cuanto a las situaciones sociales temidas	35
4.1.4. Prevalencia de la fobia social según la edad.....	37
4.1.5. Prevalencia de la fobia social en niños y adolescentes.....	37
4.1.6. Diferencias de sexo con población general de niños y adolescentes	38
4.2. Edad de inicio del trastorno de ansiedad social	39
4.3. Curso del trastorno de ansiedad social.....	39
5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL O FOBIA SOCIAL	43
5.1. Diagnóstico diferencial.....	43
5.2. Comorbilidad de la fobia social.....	45

5.3.	Fobia social, trastorno de la personalidad por evitación y timidez	46
6.	ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL O FOBIA SOCIAL.....	49
6.1.	Variables relacionadas con el origen del trastorno	50
6.1.1.	Variables biológicas.....	50
6.1.2.	Variables ambientales y del contexto	52
6.1.3.	El aprendizaje de los miedos sociales	52
6.2.	Modelos explicativos del trastorno de ansiedad social o fobia social.....	54
6.2.1.	Modelo cognitivo de Beck y Emery.....	54
6.2.2.	Modelo cognitivo de Clark y Wells.....	55
6.2.3.	Modelo de ansiedad de Hofmann y Barlow.....	58
6.2.4.	Modelo integrador de Kimbrel.....	59
6.2.5.	Propuesta de un nuevo modelo para el trastorno de ansiedad social	64
7.	EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL O FOBIA SOCIAL.....	71
7.1.	Las entrevistas.....	71
7.2.	Las medidas de autoinforme	79
7.2.1.	Los cuestionarios, inventarios o escalas	79
7.2.2.	Los autorregistros	90
7.3.	Las medidas de heteroinforme	92
8.	TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL O TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL.....	95
8.1.	Tratamientos psicológicos	95
8.1.1.	Protocolos de intervención psicológica	97
8.1.2.	Pruebas empíricas de los tratamientos para el TAS.....	103
8.2.	Tratamiento farmacológico	111
9.	CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS.....	113
II.	APARTADO EXPERIMENTAL	115
10.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	117
11.	OBJETIVOS.....	121
11.1.	Objetivos generales	121
11.2.	Objetivos específicos	121
12.	PRIMER ESTUDIO. VERSIÓN REVISADA DEL “CUESTIONARIO DE INTERACCIÓN SOCIAL PARA ADULTOS”: DEL CISO-A AL CASO-AR	123
12.1.	Objetivo.....	123
12.2.	Método	123
12.2.1.	Participantes	123
12.2.2.	Instrumento	123
12.2.3.	Procedimiento.....	125
12.2.4.	Análisis de datos.....	125
12.3.	Resultados.....	126

12.3.1. Análisis factorial	126
12.3.2. Análisis factorial exploratorio	126
12.3.3. Análisis factorial confirmatorio	131
12.3.4. Validez discriminante	134
13. SEGUNDO ESTUDIO. VALIDEZ FACTORIAL Y FIABILIDAD DE LA VERSIÓN REVISADA DEL "CUESTIONARIO DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADULTOS" (CASO-AR)	135
13.1. Objetivo	135
13.2. Método	135
13.2.1. Participantes	135
13.2.2. Instrumentos	135
13.2.3. Procedimiento	136
13.2.4. Análisis de datos	136
13.3. Resultados	137
13.3.1. Análisis factorial confirmatorio del CASO-AR	137
13.3.2. Consistencia interna y fiabilidad del CASO-AR	138
14. TERCER ESTUDIO. FIABILIDAD Y VALIDEZ CONVERGENTE Y DIVERGENTE DEL "CUESTIONARIO DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADULTOS" (CASO-AR)	139
14.1. Objetivo	139
14.2. Método	139
14.2.1. Participantes	139
14.2.2. Instrumentos	139
14.2.3. Procedimiento	140
14.2.4. Análisis de datos	141
14.3. Resultados	141
14.3.1. Consistencia interna y fiabilidad del CASO-AR, la LSAS-SR, el SPAI y el SPIN	141
14.3.2. Validez convergente del CASO-AR	141
14.3.3. Validez convergente y divergente del CASO-AR	142
15. CUARTO ESTUDIO. VALIDEZ FACTORIAL DE LA VERSIÓN MODIFICADA DEL CASO-AR (CON 116 ÍTEMS) CON MUESTRA GENERAL	145
15.1. Objetivo	145
15.2. Método	145
15.2.1. Participantes	145
15.2.2. Instrumentos	145
15.2.3. Procedimiento	146
15.2.4. Análisis de datos	147
15.3. Resultados	148
15.3.1. Análisis factorial exploratorio del CASO-A116 con la muestra general	148

16. QUINTO ESTUDIO. VALIDEZ FACTORIAL DE LA VERSIÓN MODIFICADA DEL CASO-AR (CON 116 ÍTEMS) CON MUESTRA CLÍNICA Y SELECCIÓN DE ÍTEMS PARA UNA VERSIÓN MÁS BREVE DEL CUESTIONARIO	149
16.1. Objetivo.....	149
16.2. Método	149
16.2.1. Participantes	149
16.2.2. Instrumentos.....	150
16.2.3. Procedimiento.....	150
16.2.4. Análisis de datos.....	151
16.3. Resultados.....	151
16.3.1. Análisis factorial exploratorio de la versión modificada del CASO-AR con población clínica.....	151
16.3.2. Selección de los ítems para una nueva versión del cuestionario: el CASO-A82 ..	151
17. SEXTO ESTUDIO. VALIDEZ FACTORIAL DEL CASO-A82 CON MUESTRA GENERAL	153
17.1. Objetivo.....	153
17.2. Método	153
17.2.1. Participantes	153
17.2.2. Instrumentos.....	153
17.2.3. Procedimiento.....	154
17.2.4. Análisis de datos.....	155
17.3. Resultados.....	155
17.3.1. Análisis factorial exploratorio del CASO-A82 con muestra general.....	155
18. SÉPTIMO ESTUDIO. VALIDEZ FACTORIAL DEL CASO-A82 CON MUESTRA CLÍNICA Y SELECCIÓN DE ÍTEMS PARA LA VERSIÓN DEFINITIVA DEL CUESTIONARIO.....	157
18.1. Objetivo.....	157
18.2. Método	157
18.2.1. Participantes	157
18.2.2. Instrumentos.....	158
18.2.3. Procedimiento.....	159
18.2.4. Análisis de datos.....	159
18.3. Resultados.....	159
18.3.1. Análisis factorial exploratorio del CASO-A82 con población clínica	159
18.3.2. Análisis y selección de ítems	160
19. OCTAVO ESTUDIO. VALIDEZ DE CONSTRUCTO, FIABILIDAD Y APROXIMACIÓN INICIAL AL DIAGNÓSTICO DE FOBIA SOCIAL CON EL CASO-A30	163
19.1. Objetivo.....	163
19.2. Método	163
19.2.1. Participantes	163
19.2.2. Instrumentos.....	163

19.2.3. Procedimiento.....	164
19.2.4. Análisis de datos.....	164
19.3. Resultados.....	165
19.3.1. Validez factorial del CASO-A30: análisis factorial confirmatorio y modelo de ecuaciones estructurales	165
19.3.2. Validez convergente del CASO-A30 con la LSAS-SR	165
19.3.3. Consistencia interna y fiabilidad del CASO-A30 y la LSAS-SR.....	166
19.3.4. Puntos de corte para el CASO-A30: aproximación inicial al diagnóstico de la fobia social y las diferencias por sexo	166
20. NOVENO ESTUDIO. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL “CUESTIONARIO DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADULTOS” (CASO-A30) CON UNIVERSITARIOS ESPAÑOLES.....	173
20.1. Objetivo.....	173
20.2. Método	173
20.2.1. Participantes	173
20.2.2. Instrumentos	174
20.2.3. Procedimiento.....	175
20.2.4. Análisis de datos.....	175
20.3. Resultados.....	176
20.3.1. Análisis factorial exploratorio del CASO-A30	176
20.3.2. Fiabilidad compuesta y varianza media extraída	179
20.3.3. Análisis factorial confirmatorio y análisis exploratorio con ecuaciones estructurales del CASO-A30	180
20.3.4. Análisis correlacional del CASO-A30	181
20.3.5. Validez convergente del CASO-A30	181
20.3.6. Fiabilidad y consistencia interna del CASO-A30.....	183
20.3.7. Diferencias y similitudes en ansiedad social según el sexo	183
21. DÉCIMO ESTUDIO. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL “CUESTIONARIO DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADULTOS” (CASO-A30) CON MUESTRA GENERAL IBEROAMERICANA	185
21.1. Objetivo.....	185
21.2. Método	185
21.2.1. Participantes	185
21.2.2. Instrumentos	186
21.2.3. Procedimiento.....	187
21.2.4. Análisis de datos.....	188
21.3. Resultados.....	189
21.3.1. Extracción de las submuestras	189
21.3.2. Análisis paralelo y análisis factorial exploratorio.....	190
21.3.3. Validez factorial.....	193
21.3.4. Validez convergente.....	194

21.3.5. Consistencia interna y fiabilidad del CASO-A30 y la LSAS-SR.....	194
21.3.6. Diferencias y similitudes en ansiedad social según el sexo	194
22. UNDÉCIMO ESTUDIO. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL “CUESTIONARIO DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADULTOS” (CASO-A30) CON MUESTRA CLÍNICA IBEROAMERICANA.....	197
22.1. Objetivo.....	197
22.2. Método	197
22.2.1. Participantes	197
22.2.2. Instrumentos.....	198
22.2.3. Procedimiento.....	199
22.2.4. Análisis de datos.....	200
22.3. Resultados.....	200
22.3.1. Análisis factorial exploratorio	200
22.3.2. Análisis de invarianza	201
22.3.3. Validez convergente.....	201
22.3.4. Consistencia interna y fiabilidad del CASO-A30 y la LSAS-SR.....	201
22.3.5. Diferencias y similitudes en ansiedad social según el sexo	203
22.3.6. Puntos de corte para el CASO-A30 y sus dimensiones	204
23. DUODÉCIMO ESTUDIO. VALIDEZ CONCURRENTES Y DE CONSTRUCTO DEL CASO-A30 CON MUESTRA UNIVERSITARIA.....	207
23.1. Objetivo.....	207
23.2. Método	207
23.2.1. Participantes	207
23.2.2. Instrumentos.....	207
23.2.3. Procedimiento.....	209
23.2.4. Análisis de datos.....	210
23.3. Resultados.....	211
23.3.1. Consistencia interna y fiabilidad del CASO-A30, la LSAS-SR, el BDI-II y el Cuestionario CAGE	211
23.3.2. Identificación de sujetos con fobia social con el CASO-A30, la LSAS-SR y la ADIS-IV.....	212
23.3.3. Coincidencias y discrepancias en la identificación de la fobia social entre el CASO-A30 y la ADIS-IV-L.....	212
23.3.4. Validez concurrente del CASO-A30	213
23.3.5. Coincidencias y discrepancias en la identificación de la fobia social entre el CASO-A30 y la LSAS-SR	214
23.3.6. Validez convergente del CASO-A30 con la LSAS-SR	215
23.3.7. Validez divergente del CASO-A30 con el BDI-II y el Cuestionario CAGE	216
23.3.8. Diferencias de sexo según el CASO-A30.....	217
24. DÉCIMO TERCER ESTUDIO. VALIDEZ DE CONSTRUCTO Y SENSIBILIDAD DEL CASO-A30 CON MUESTRA CLÍNICA.....	219

24.1. Objetivo.....	219
24.2. Método	219
24.2.1. Participantes	219
24.2.2. Instrumentos	220
24.2.3. Procedimiento.....	222
24.2.4. Análisis de datos.....	222
24.3. Resultados.....	223
24.3.1. Consistencia interna y fiabilidad del CASO-A30, la LSAS-SR, el BDI-II y el Cuestionario CAGE	223
24.3.2. Sensibilidad del CASO-A30	223
24.3.3. Validez convergente del CASO-A30	225
24.3.4. Validez divergente del CASO-A30 con el BDI-II y el Cuestionario CAGE	226
25. DISCUSIÓN GENERAL.....	227
REFERENCIAS.....	255
ANEXOS	277

AGRADECIMIENTOS

La realización de este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración, el esfuerzo, el apoyo y la confianza de muchas personas, a las que quiero expresar mi agradecimiento.

Al Dr. Vicente E. Caballo, director de esta tesis doctoral, porque me dio la oportunidad de hacer camino con él, aprender de él e ir conjugando mi estilo con todo aquello que él me ofrecía. Ha sido un camino arduo, de mucho trabajo, de mucha exigencia y, por fortuna, de gran satisfacción. Gracias por sus comentarios, por sus correcciones y por su apoyo incondicional. Ha sido y es un verdadero placer compartir, también, este amor por el conocimiento y estar al lado de alguien que investiga de forma apasionada y tenaz en el ámbito de la Psicología Clínica. Gracias por seguir aportando a este campo en el mundo hispanohablante y concretamente por haber aceptado dirigir esta tesis doctoral.

A los estudiantes, familiares, amigos, gente de la comunidad y personas que acuden a la consulta psicológica y psiquiátrica en muchísimas universidades y gabinetes de España, Portugal y Latinoamérica. A todos ellos, a todos los iberoamericanos que participaron haciendo registros, rellenando cuestionarios y haciendo entrevistas, un agradecimiento muy especial por su paciencia, por su colaboración e invaluable contribución a este trabajo. Sin esto jamás habría sido posible obtener la información que soporta esta tesis doctoral.

A todos los colaboradores, profesores, investigadores y clínicos, de España, Portugal y América Latina que se han vinculado y han aportado, por muy poco pero con mucho gusto, todos los datos que se recogieron en los diversos países. Esto ha sido una gran demostración de cómo los esfuerzos humanos y el trabajo conjunto puede hacer posibles investigaciones transculturales de tal envergadura.

A mis padres, mi más preciada constante en la vida, porque con su sencillez, su humildad, su calidez y calidad humana, han “sacado” siempre lo mejor de mí.

A Vic, por su amor (si es que el amor se agradece), por su compañía y por hacerse cargo de cuanto necesitábamos para poder dedicar parte de mi tiempo a sacar adelante esta tesis doctoral.

ALGUNAS PRECISIONES EN TORNO AL ESTILO UTILIZADO EN ESTA TESIS DOCTORAL

El uso del masculino gramatical

Pese a que somos conscientes de las recomendaciones que desde algunos ámbitos se preconizan –en no pocas ocasiones de forma reiterativa, obstinada y pugnaz, y con fundamentos lingüísticos y gramaticales más bien escasos- sobre el denominado “uso no sexista del lenguaje”, hemos utilizado el masculino gramatical teniendo en cuenta que éste no sólo se emplea para referirse a los individuos de sexo masculino, sino también para designar la clase. Esto lo hemos hecho con el fin de evitar repeticiones engorrosas o que imposibilitan la lectura que supondría el uso de términos que hacen alusión explícita a los dos sexos (p. ej., “los/las pacientes”, “los/las estudiantes”, etc.) Asimismo, hemos evitado el uso de signos (no lingüísticos, como la arroba) o de frases inadmisibles desde el punto de vista normativo de la gramática y que son de reciente incorporación en algunos ámbitos (asombrosamente, incluso universitarios), tales como “l@s pacientes”, “lo/as estudiantes”, “las estudiantas” y similares¹.

El uso de las normas de la APA

Hemos tratado de ajustarnos a las normas de publicación científica establecidas por la *American Psychological Association*, en su 6ª edición. Sin embargo, cabe mencionar que algunas de ellas han sido adaptadas intentando preservar el buen uso de nuestro idioma (p. ej., el uso de la coma para las cifras decimales y de los puntos para los miles, el uso del cero [a la izquierda] en las cifras decimales, el uso de la mayúscula únicamente en la inicial de la primera palabra del título de un libro o el nombre de un instrumento, el uso de la “y” en vez del “&”, etc.) y otras se han modificado por razones de menor importancia, como la estética (p. ej., utilizar la “justificación” del texto, incluir primero el nombre del instrumento en español y luego el original en inglés, letra de tamaño un punto menor para las tablas y las referencias, etc.)

¹ Real Academia española (2005). *Diccionario panhispánico de dudas*. Recuperado el 14 de abril de 2012, desde <http://lema.rae.es/dpd/>.

LISTA DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Criterios diagnósticos para la Fobia social (Trastorno de ansiedad social), según el DSM-IV-TR (APA, 2000) y para la investigación de las Fobias sociales, según la CIE-10 (OMS, 2000).....	8
Tabla 2. Listado de posibles situaciones sociales temidas por sujetos con fobia social.....	14
Tabla 3. Criterios diagnósticos propuestos para el Trastorno de ansiedad social (Fobia social) en el DSM-5 (APA, 2012)	16
Tabla 4. Características conductuales, cognitivas, fisiológicas y emocionales de la fobia social	24
Tabla 5. Prevalencia de la fobia social según las últimas encuestas de salud mental de la OMS (resumido de Kessler y Üstün, 2008)	31
Tabla 6. Estudios de medición de la fobia social con población universitaria en diversos países.....	32
Tabla 7. Modelo de autorregistro para la ansiedad, temor, vergüenza o nerviosismo que experimenta en diferentes situaciones sociales	91
Tabla 8. Algunos estudios empíricos realizados en los últimos 15 años sobre el tratamiento cognitivo conductual de la fobia social en adultos.....	104
Tabla 9. Edad de los sujetos y distribución por país y sexo (N= 13397)	124
Tabla 10. Saturaciones de los ítems por cada factor del CASO-A y correlaciones ítem-total del cuestionario.....	127
Tabla 11. Correlaciones inter-factores del análisis factorial exploratorio del CASO-A con 72 ítems	131
Tabla 12. Índices de ajuste de los tres modelos evaluados para el CASO-A con 72 ítems.....	132
Tabla 13. Índices de ajuste de los tres modelos evaluados para el CASO-AR con 72 ítems.....	133
Tabla 14. Correlaciones inter-factores del análisis factorial confirmatorio del CASO-A con 72 ítems	134
Tabla 15. Edad de los sujetos y distribución por país y sexo en el estudio con el CASO-AR (N= 11026).....	136
Tabla 16. Niveles de consistencia interna (α de Cronbach) y de fiabilidad (dos mitades de Guttman) de las distintas medidas de autoinforme.....	142
Tabla 17. Correlaciones (de Pearson) entre el CASO-AR y sus factores con las otras medidas de autoinforme.....	143
Tabla 18. Edad de los sujetos y distribución por país y sexo con la versión modificada del CASO-AR	146
Tabla 19. Distribución de los pacientes (N= 280) según el diagnóstico psiquiátrico.....	150
Tabla 20. Media y desviación típica de la edad de los participantes, por país y sexo.....	154
Tabla 21. Distribución de los pacientes (N= 259) según el diagnóstico psiquiátrico.....	158
Tabla 22. Saturaciones de los 30 ítems del CASO-A82 en cada factor y correlaciones (r) ítem-total	161

Tabla 23. Correlaciones inter-factores del CASO-A30	162
Tabla 24. Índices de ajuste de los dos modelos probados	165
Tabla 25. Correlaciones de Pearson entre la puntuación total y los factores del CASO-A30 y la puntuación total y las subescalas de la LSAS-SR, en las muestras clínica y no clínica.....	166
Tabla 26. Coeficientes de consistencia interna (α de Cronbach) y fiabilidad (dos mitades de Guttman) para el CASO-A30 y la LSAS-SR con las muestras clínica y no clínica.....	167
Tabla 27. Índices de ajuste para la invarianza de los modelos con las muestras clínica y no clínica.....	168
Tabla 28. Modelo de medias estructuradas	169
Tabla 29. Resultados del análisis ROC para los cinco factores y la puntuación total del CASO-A30, según el sexo y para la muestra completa	170
Tabla 30. Distribución por sexo y edad (media y desviación típica) de los participantes por cada comunidad autónoma ($N= 10405$).....	174
Tabla 31. Matriz de correlaciones policóricas de los ítems que componen el CASO-A30	177
Tabla 32. Saturaciones factoriales de los ítems del CASO-A30 en AFE (promax) y ESEM (geomin)	178
Tabla 33. Fiabilidad compuesta y varianza media extraída de los factores del CASO-A30 en los tres modelos	180
Tabla 34. Ajuste de los tres modelos del análisis factorial confirmatorio y del análisis exploratorio con ecuaciones estructurales para el CASO-A30	181
Tabla 35. Correlaciones entre los factores del CASO-A30.....	182
Tabla 36. Correlaciones entre el CASO-A30 (y sus factores) con la LSAS-SR (y sus subescalas).....	183
Tabla 37. Coeficientes de consistencia interna (α de Cronbach) y fiabilidad (dos mitades de Guttman) para el CASO-A30 y la LSAS-SR con universitarios españoles	184
Tabla 38. Medias (y desviaciones típicas) entre sexos en las dimensiones y en la puntuación global del CASO-A30	184
Tabla 39. Medias (y desviaciones típicas) de la edad de los participantes por país y sexo.....	186
Tabla 40. Ajuste de los modelos para el total del cuestionario (con los 30 ítems) y por factores.....	190
Tabla 41. Coeficientes de correlación de Pearson entre los cinco factores del CASO-A30, valores z y niveles de significación de las diferencias	190
Tabla 42. Saturaciones factoriales en ambas submuestras y coeficientes de congruencia	191
Tabla 43. Índices de ajuste de los modelos evaluados con $n_2= 9067$	193
Tabla 44. Correlaciones de Pearson entre la puntuación total y los factores del CASO-A30 y la puntuación total y las subescalas de la LSAS-SR ($N= 18133$).....	194
Tabla 45. Coeficientes de consistencia interna (α de Cronbach) y fiabilidad (dos mitades Guttman) para el CASO-A30 y la LSAS-SR.....	195
Tabla 46. Diferencias de sexo en las dimensiones de la ansiedad social, evaluadas por el CASO-A30, en una muestra no clínica ($N= 18133$)	195
Tabla 47. Distribución de los pacientes ($N= 342$) según el diagnóstico psiquiátrico.....	198

Tabla 48. Índices de ajuste para la invarianza del modelo de cinco factores correlacionados.....	202
Tabla 49. Correlaciones de Pearson entre la puntuación total y los factores del CASO-A30 y la puntuación total y las subescalas de la LSAS-SR (N= 342).....	203
Tabla 50. Coeficientes de consistencia interna (α de Cronbach) y fiabilidad (dos mitades de Guttman) para el CASO-A30 y la LSAS-SR en la muestra clínica (N= 342).....	203
Tabla 51. Diferencias de sexo en las dimensiones de la ansiedad social evaluadas por el CASO-A30 en la muestra clínica (N= 342).....	204
Tabla 52. Resultados del análisis ROC para los cinco factores y la puntuación total del CASO-A30, según el sexo y para la muestra completa.....	206
Tabla 53. Coeficientes de consistencia interna (α de Cronbach) y de fiabilidad (dos mitades de Guttman) para las medidas de autoinforme.....	211
Tabla 54. Agrupación de los participantes (N= 155) según los criterios para la fobia social y los subtipos definidos en el CASO-A30, la LSAS-SR y la ADIS-IV-L.....	212
Tabla 55. Número de casos de fobia social y subtipos identificados, en conjunto, por el CASO-A30 y la ADIS-IV-L.....	213
Tabla 56. Clasificación de los estudiantes con o sin fobia social según el CASO-A30 y la ADIS-IV-L.....	213
Tabla 57. Número de casos de fobia social y subtipos identificados, en conjunto, por el CASO-A30 y la LSAS-SR.....	214
Tabla 58. Niveles de correlación de Pearson entre el CASO-A30 (y sus dimensiones) y la LSAS-SR (y sus subescalas) en una muestra universitaria (N= 155).....	215
Tabla 59. Clasificación de los estudiantes con o sin ansiedad social según el CASO-A30 y la LSAS-SR.....	216
Tabla 60. Niveles de correlación de Pearson entre el CASO-A30 (y sus dimensiones) y el BDI y el Cuestionario CAGE en una muestra universitaria (N= 155).....	216
Tabla 61. Medias (y desviaciones típicas) en las dimensiones y la puntuación global del CASO-A30 de una muestra universitaria (N= 155) según el sexo.....	217
Tabla 62. Distribución de los participantes (N= 21) según los diagnósticos clínicos basados en el DSM-IV.....	220
Tabla 63. Consistencia (α de Cronbach) y fiabilidad (dos mitades de Guttman) de las medidas de autoinforme en una muestra clínica (N= 21).....	224
Tabla 64. Distribución de los pacientes (N= 21) según los criterios para la fobia social y los subtipos definidos en el CASO-A30 y la ADIS-IV-L.....	225
Tabla 65. Correlaciones de Pearson entre el CASO-A30 (y sus dimensiones) y la LSAS-SR (y sus subescalas) en una muestra clínica (N= 21).....	225
Tabla 66. Correlaciones (de Pearson) entre el CASO-A30 (y sus dimensiones) y el BDI y el Cuestionario CAGE en una muestra clínica (N= 21).....	226

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Modelo del procesamiento cognitivo mientras el sujeto con fobia social enfrenta la situación temida (adaptado de Clark y Wells, 1995 tomado de Crozier y Alden, 2005, p. 195).....	56
Figura 2. Modelo de la etiología de la fobia social (traducido de Hofmann y Barlow, 2002, p. 462).....	60
Figura 3. Modelo del desarrollo y el mantenimiento de la fobia social generalizada (traducido de Kimbrel, 2008).....	61
Figura 4. Un nuevo posible modelo explicativo del trastorno de ansiedad social (fobia social).....	65
Figura 5. Sensibilidad y especificidad para la clasificación de hombres y mujeres con y sin fobia social para los distintos valores del CASO-A30	171
Figura 6. Resultados del análisis paralelo con el CASO-A30	179
Figura 7. Resultados del análisis exploratorio con ecuaciones estructurales para el CASO-A30	182
Figura 8. Curvas ROC, de eficiencia, especificidad y sensibilidad con histograma de puntuaciones brutas.....	205

LISTA DE ANEXOS

	Página
Anexo 1. “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30).....	279
Anexo 2. Publicaciones y contribuciones presentadas en congresos relacionadas con esta tesis doctoral	281

RESUMEN

Las medidas de autoinforme para la ansiedad/fobia social (AS/FS) que han tenido un amplio uso internacional fueron desarrolladas en países anglosajones. Una revisión de la literatura ha permitido identificar algunas limitaciones de estos autoinformes, sobre todo, en cuanto a su validez factorial y de contenido y los puntos de corte definidos para detectar la presencia de AS/FS. El objetivo principal de esta tesis doctoral fue desarrollar y evaluar las propiedades psicométricas de un nuevo instrumento de autoinforme, el “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30), para la evaluación transcultural de la AS/FS en adultos de países iberoamericanos. Se presentan 13 estudios realizados con amplias muestras clínicas y no clínicas de 20 países iberoamericanos. Los análisis estadísticos apoyaron la sólida estructura penta factorial del CASO-A30, así como su validez de constructo y concurrente y sus altos niveles de consistencia interna y fiabilidad. El análisis de las diferencias de sexo mostró que las mujeres tenían mayores niveles de AS/FS que los hombres en las dimensiones y de forma global en el cuestionario. Con base en esto se establecieron puntos de corte, según el sexo, para cada una de las cinco dimensiones y para la puntuación total del CASO-A30. Las adecuadas propiedades psicométricas, la longitud (30 ítems) y la sencillez (en la formulación de los ítems y el formato de respuesta) del CASO-A30 perfilan a este cuestionario como un instrumento útil para la evaluación de la AS/FS, cuidando las diferencias de sexo y permitiendo identificar con gran precisión la naturaleza de los temores sociales y el grado de generalización del problema.

PALABRAS CLAVE: *CASO-A30, ansiedad social, fobia social, evaluación, fiabilidad, validez.*

PRESENTACIÓN

El trastorno de ansiedad social (TAS) o fobia social (FS) (como aparecerá denominado en el DSM-5; *American Psychiatric Association, APA 2012*), uno de los trastornos de ansiedad más comunes, se caracteriza por un intenso y persistente miedo a estar expuesto a personas poco conocidas, a ser observado o evaluado por los demás o por la posibilidad de hacer o decir algo embarazoso en situaciones de actuación o de interacción social. El inicio del TAS/FS ocurre generalmente en la adolescencia (aunque hay casos de este trastorno en niños de 6 años), su curso es crónico si no se trata y se asocia con un deterioro funcional importante para el individuo. Adicionalmente, presenta un alto grado de comorbilidad con (y precede en muchos casos a) otros trastornos psiquiátricos, como los trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad y el abuso/dependencia de drogas (sobre todo de alcohol).

Dado que el TAS/FS es un trastorno relativamente nuevo dentro de los sistemas de clasificación diagnóstica, su evaluación también es un campo de relativo reciente desarrollo. Los métodos que tradicionalmente se han empleado para la evaluación del TAS/FS son las entrevistas y las medidas de autoinforme. La primera ha sido la técnica por excelencia dada la calidad y la cantidad de información que puede obtenerse con ella. En particular, las entrevistas (semi)estructuradas que ayudan al psicólogo a la realización del diagnóstico clínico poseen un valor considerable pues permiten obtener una visión amplia sobre la situación actual e histórica del paciente y de sus temores sociales, así como del impacto que han tenido en su vida. Sin embargo, este tipo de entrevistas supone una inversión importante de tiempo, dinero y personal, de los que en algunas circunstancias y contextos no se dispone. Es ahí cuando entran en juego las medidas de autoinforme, que en vez de ser utilizadas de manera complementaria a la entrevista (con el fin de lograr una evaluación más precisa de los pacientes), en algunos contextos (p. ej., los países en vías de desarrollo) y circunstancias (p. ej., las unidades de salud mental de los hospitales públicos que atienden un elevado volumen de pacientes), se usan de forma alternativa porque el tiempo apremia y/o los recursos escasean.

Las medidas de autoinforme para el TAS/FS, en su mayoría, han sido desarrolladas en países anglosajones y, posteriormente, han sido traducidas y utilizadas por clínicos e investigadores de todo el mundo. En otras palabras, se están utilizando autoinformes con personas cuya lengua materna no es el inglés y que a nivel sociocultural, posiblemente, sean distintas de aquellas pertenecientes a los países en los cuales estos instrumentos fueron creados. Por ejemplo, hay versión brasileña (Picon *et al.*, 2006; Picon, Gauer, Fachel y Manfro, 2005; Picon, Gauer, Hirakata *et al.*, 2005) y española

(Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel, 1999) del “Inventario de ansiedad y fobia social” (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*; Turner, Beidel *et al.*, 1989), hay versión brasileña (Terra *et al.*, 2012), española (Bobes *et al.*, 1999), francesa (Heeren *et al.*, 2012), hebrea (Levin, Marom, Gur, Wechter y Hermesh, 2002) y Japonesa (Sugawara *et al.*, 2012) de la LSAS-SR, hay versión alemana (Sosic, Gieler y Stangier, 2008), brasileña (Osório, Crippa y Loureiro, 2010a), china (Tsai, Wang, Juang y Fuh, 2009) y francesa (Radomsky *et al.*, 2006) del “Inventario de fobia social” (*Social Phobia Inventory, SPIN*; Connor *et al.*, 2000), cuyos originales son estadounidenses, o están las versiones alemana (Heidenreich, Schermelleh-Engel, Schramm, Hofmann y Stangier, 2011) y española (Olivares García-López e Hidalgo, 2001) de la “Escala de fobia social” (*Social Phobia Scale, SPS*; Mattick y Clarke, 1998) y de la “Escala de ansiedad en la interacción social” (*Social Interaction Anxiety Scale, SIAS*; Mattick y Clarke, 1988, 1998), que son originales de Australia.

En el mejor de los casos, además de la traducción, se ha hecho algún tipo de validación de la medida (p. ej., Bobes *et al.*, 1999). No obstante, una revisión sistemática de la literatura nos ha permitido identificar algunas limitaciones importantes para el uso de estos instrumentos en países distintos a los de su procedencia. Por ejemplo, hemos detectado algunas inconsistencias en cuanto a la validez factorial de los cuestionarios, pues carecen de estabilidad en el número de factores que lo componen y varían según el país del que procedan las muestras. Su validez de contenido también es cuestionable, pues la mayoría de los autoinformes incluyen situaciones sociales poco relevantes (por lo menos para las poblaciones con lenguas hispanas), como beber, comer, escribir o trabajar mientras le observan, o no recogen otras que sí lo son, como la interacción con el sexo opuesto (o por el que se siente atraído). Otra limitación interesante son los puntos de corte que han sido definidos para la identificación de los sujetos con TAS/FS. Aunque los informes originales presentan una propuesta, la réplica de algunos estudios con distintas muestras (de otros países) termina con recomendaciones sobre el cuidado que debe tenerse a la hora de clasificar a los sujetos con TAS/FS con tales puntuaciones (p. ej., Kummer, Cardoso y Teixeira, 2008; Osório *et al.*, 2010a; Peters, 2000; Sosic *et al.*, 2008). Y esta cuestión es aún más problemática cuando se trata de las mujeres, porque aunque éstas presentan generalmente mayores niveles de ansiedad social, al utilizarse los mismos puntos de corte que para los hombres, se están produciendo muchos falsos positivos.

Todas estas cuestiones forman parte de las principales motivaciones de esta investigación y, por supuesto, de esta tesis doctoral. Este documento incluye un apartado teórico que presenta la definición del TAS o FS, los criterios para su diagnóstico (tanto para población adulta como infantojuvenil) según los dos principales sistemas de clasificación utilizados en la actualidad, el DSM-IV-TR (APA, 2000) y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992, 2000). Asimismo, se

describen y comentan los criterios diagnósticos propuestos para el DSM-5 (APA, 2012), cuya publicación se realizó el pasado mes de mayo; la prevalencia, la edad de inicio y el curso del trastorno, su diagnóstico diferencial y la comorbilidad con otros problemas psicológicos. También se incluye la etiología del TAS, teniendo en cuenta las principales variables que han sido consideradas a la hora de explicar el origen y el mantenimiento del trastorno y, luego, se describen cuatro de los principales modelos explicativos de la fobia social (el cognitivo de Beck y Emery, el cognitivo de Clark y Wells, el biopsicosocial de Hofmann y Barlow y el integrador de Kimbrel), para concluir el tema presentando una propuesta de un nuevo modelo explicativo para el TAS por parte de nuestro equipo tras años de investigación. Las dos últimas secciones del apartado teórico de esta tesis doctoral incluyen una puesta al día sobre la evaluación y el tratamiento de la fobia social, cuestiones a las que dedicamos una mayor atención por ser las áreas sobre las que esperamos tener alguna influencia para su desarrollo, no sólo a través de esta tesis sino con el trabajo continuado de nuestro equipo de investigación.

El otro apartado que forma esta tesis doctoral es el experimental. En primer lugar se incluyen los objetivos de la investigación, que de modo general fueron, por una parte, desarrollar un nuevo instrumento de autoinforme, el “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30), para la evaluación transcultural de la ansiedad/fobia social en adultos de países iberoamericanos y, por otra, evaluar las propiedades psicométricas de dicho cuestionario. A lo largo de este capítulo, encontrarán el producto de muchos años de trabajo, resumidos en 13 estudios distintos, que fueron posibles gracias a la colaboración de 149 equipos de 20 países iberoamericanos². Los primeros estudios realizados tuvieron como principal propósito la selección de los ítems más representativos del universo de situaciones sociales temidas, hasta llegar a construir una versión del “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (el CASO-A30), cuya longitud facilitara su uso en los ámbitos clínico y de investigación. Aunque las propiedades psicométricas del cuestionario fueron hallándose a medida que se obtenían las distintas versiones, los últimos trabajos permiten conocer plenamente los datos sobre la validez de constructo y concurrente, la fiabilidad y la consistencia interna de la versión final de esta nueva medida de autoinforme, así como los puntos de corte que se podrán utilizar para identificar a los sujetos con AS/FS.

El cuestionario original, el “Cuestionario de interacción social para adultos” (CISO-A), con 512 ítems + 4 ítems de control, se consiguió a partir de las más de 10 mil situaciones sociales descritas por la población general (estudiantes, amigos y familiares) como productoras de ansiedad y que

² Aparecen en orden alfabético y entre paréntesis el número de colaboradores: Argentina (6), Bolivia (1), Brasil (6), Chile (6), Colombia (17), Costa Rica (1), Ecuador (1), El Salvador (2), España (63), Guatemala (1), Honduras (1), México (17), Panamá (2), Paraguay (2), Perú (13), Portugal (2), Puerto Rico (2), República Dominicana (1), Uruguay (3) y Venezuela (3).

fueron reunidas a lo largo de seis años. Se realizó una selección de los posibles escenarios (situaciones) por parte de dos expertos en el tema de la ansiedad social, quienes excluyeron aquellas situaciones que fueran redundantes o que no tuvieran un carácter social, quedando 2171 escenarios. Estos fueron a su vez reagrupados, quedando un total de 512 situaciones, las cuales se redactaron en forma de ítems y frente a las cuales las personas pudieran valorar el nivel de tensión, malestar o nerviosismo que les producía cada uno. Para mayor información sobre la forma en que se construyó el cuestionario y las características psicométricas iniciales véase Caballo *et al.* (2006). A partir de entonces, el cuestionario sufrió una serie de modificaciones: su nombre (se cambió a “Cuestionario de ansiedad social para adultos”, CASO-A), el número de ítems (pasó de 512 a 72, luego a 116, después a 82 y finalmente a 30 ítems) y el número de opciones de respuesta para la escala Likert (que pasó de siete a cinco opciones).

Concretamente, en el primer estudio de esta tesis doctoral se obtuvo la versión revisada del CISO-A, el CASO-AR (con 72 ítems) y algunas de sus propiedades psicométricas. Para ello se utilizó una muestra comunitaria de 13397 sujetos de 11 países. El análisis factorial exploratorio (AFE) de componentes principales con rotación varimax y el análisis jerárquico de factores oblicuos, así como el análisis de conglomerados (*clusters*) mostraron una solución de seis factores, compuestos por 12 ítems cada uno, que explicaban el 50,24% de la varianza acumulada: 1) Comportamientos torpes en situaciones embarazosas, 2) Interacción con el sexo opuesto, 3) Interacción con desconocidos, 4) Quedar en evidencia o en ridículo, 5) Expresión asertiva de molestia, desagrado o desagrado y 6) Hablar/actuar en público/Interacción con personas de autoridad. Esta solución fue apoyada por el análisis paralelo utilizando el procedimiento de Monte Carlo con 200 repeticiones. El análisis factorial confirmatorio (AFC), con el método de estimación robusta de máxima verosimilitud (*robust maximum likelihood*, RML), permitió la evaluación de tres modelos: 1) un factor simple, 2) seis factores relacionados y 3) seis factores de primer orden y un factor de segundo orden. El modelo 2 fue el que mejor ajuste presentó de los tres. Los niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach) de los seis factores fueron muy altos (entre 0,86 y 0,92) y demostró su validez discriminante al compararse la varianza media extraída (que en todos los factores fue superior a 0,50) con el coeficiente de determinación y ser aquella mayor.

El segundo estudio tuvo como objetivo establecer las propiedades psicométricas del CASO-AR (formado por 72 ítems + 4 de control). En este estudio participaron 11026 sujetos de la población general de 11 países. El AFC permitió probar cuál de los modelos, 1) el de seis factores o 2) el de seis factores de primer orden y un factor de segundo orden, presentaba el mejor ajuste. Con los nuevos datos, el modelo de seis factores relacionados presentó, en términos generales, un mejor ajuste que

el modelo jerárquico. Los niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach) de los seis factores fueron muy altos (entre 0,84 y 0,90), así como la fiabilidad (método de las dos mitades de Guttman= 0,97). La validez discriminante quedó demostrada porque los indicadores estaban fuertemente relacionados con las variables latentes (R^2 estuvo en un rango entre 0,41 y 0,77).

El tercer estudio se realizó con el fin de hallar los otros dos tipos de validez de constructo (la validez convergente y divergente) del CASO-AR (DeVellis, 2003). Participaron 514 estudiantes universitarios españoles, a los que se les aplicó el CASO-AR, el "Inventario de ansiedad y fobia social" (*Social Phobia and Anxiety Inventory*, SPAI; Turner, Beidel *et al.*, 1989), la "Escala de ansiedad social, de Liebowitz - versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report version*, LSAS-SR; Liebowitz, 1987) y el "Inventario de fobia social" (*Social Phobia Inventory*, SPIN; Connor *et al.*, 2000). Para la validez convergente y divergente se calcularon los coeficientes de correlación (de Pearson) entre la puntuación global del CASO-AR y las demás escalas. Todas las correlaciones entre el CASO-A y los demás instrumentos que miden ansiedad social fueron moderadas (entre 0,56 y 0,78), apoyando de este modo que estas medidas coincidan parcialmente en el constructo que están midiendo (validez convergente). Por otra parte, la correlación entre la puntuación global del CASO-AR y la subescala de Agorafobia del SPAI fue pequeña ($r= 0,37$), indicando que miden constructos diferentes (validez divergente). Los niveles de consistencia interna ($\alpha= 0,97$) y de fiabilidad ($r= 0,92$) del CASO-AR fueron altos.

El cuarto estudio se llevó a cabo por la necesidad de darle una nueva oportunidad a aquellas situaciones sociales que en la literatura aparecían como relevantes para los sujetos con ansiedad social. Por esta razón fueron nuevamente incluidos algunos de los ítems que habían sido descartados estadísticamente de la versión original del cuestionario. Esta tarea fue llevada a cabo por un grupo de clínicos expertos, teniendo en cuenta los seis factores del CASO-AR, con el fin de aportar a la validez de contenido del cuestionario (Haynes, Richard y Kubany, 1995). Esta nueva versión del cuestionario quedó formada por 116 ítems (+ 2 de control) y fue aplicada a 2105 sujetos de la población general en 14 países. El AFE mostró una solución de cinco factores, que explicaba el 42,59% de la varianza acumulada: 1) Quedar en evidencia o en ridículo, 2) Interacción con el sexo opuesto, 3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, 4) Hablar en público o con personas de autoridad y 5) Interacción con desconocidos. Esta nueva solución factorial fue similar a la de los trabajos anteriores y el cambio ocurrido fue que el primer factor reunió ítems muy similares que antes habían formado dos factores distintos: "Comportamientos torpes en situaciones embarazosas" y "Quedar en evidencia o en ridículo".

Teniendo en cuenta que la última versión del cuestionario, el CASO-A con 116 ítems (+ 2 de control), había aumentado de forma importante el número de ítems, el quinto estudio pretendía hallar su validez factorial con una muestra clínica, para luego seleccionar estadísticamente los ítems que conformarían una versión más breve del cuestionario. Participaron 280 pacientes con un diagnóstico primario de fobia social, según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) o la CIE-10 (OMS, 1992, 2000), que podían tener (o no) algún otro trastorno comórbido excepto un trastorno psicótico. Se realizó un AFE con rotación promax y se encontró nuevamente una solución con los mismos cinco factores que en el estudio anterior y los ítems que antes habían formado dos factores (“Comportamientos torpes en situaciones embarazosas” y “Quedar en evidencia o en ridículo”) en el CASO-AR (de 72 ítems) formaron en esta ocasión un solo factor “Quedar en evidencia o en ridículo”. Para alcanzar el segundo objetivo, se tomaron en consideración las muestras clínica y no clínica, de este estudio y del anterior. De los 116 ítems se seleccionaron aquellos en los que se observaba una mayor diferencia de medias en ambas muestras según la *t* de Student y la *d* de Cohen. Así quedó formado el CASO-A82.

Puesto que ahora, teníamos una nueva versión del cuestionario, el CASO-A82 (80 ítems + 2 de control), el sexto estudio se dirigió a hallar la validez factorial con los datos de 13303 sujetos de la población general, de 16 países iberoamericanos. El CASO-A82 tuvo una modificación en la escala de respuesta, es decir, de una escala Likert de 7 puntos pasó a una de 5 (de 1 a 5), para indicar el nivel de “malestar, tensión o nerviosismo” en cada situación. Para la elección del número óptimo de factores se utilizó un análisis paralelo (Horn, 1965), además del criterio utilizado hasta ahora del valor propio superior a la unidad. El AFE con rotación promax, realizado con la mitad de la muestra ($n_1= 6690$), mostró una solución de cinco factores que explicaba el 50,97% de la varianza acumulada: 1) Hablar en público o con personas de autoridad; 2) Interacción con el sexo opuesto; 3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado; 4) Quedar en evidencia o en ridículo y 5) Interacción con desconocidos.

El séptimo estudio, tuvo un objetivo similar al del estudio anterior, pues se trataba de hallar la validez factorial del CASO-A82, pero utilizando ahora una muestra clínica. Adicionalmente, se seleccionarían los ítems para la versión definitiva del cuestionario. Participaron 259 pacientes con un diagnóstico principal de fobia social, según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) o la CIE-10 (OMS, 1992, 2000), con/sin algún otro trastorno comórbido, excepto un trastorno psicótico. En esta ocasión se añadió el criterio de inclusión de que los pacientes debían tener una puntuación de 30 o más en la LSAS-SR (Liebowitz, 1987). Al igual que en el estudio anterior, el AFE con rotación promax y el análisis paralelo mostraron una solución de cinco factores que explicaba el 40,80% de la

varianza acumulada: 1) Hablar en público o con personas de autoridad, 2) Interacción con el sexo opuesto, 3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, 4) Interacción con desconocidos y 5) Quedar en evidencia o en ridículo. Para obtener la versión definitiva del cuestionario, se tomaron en consideración la muestra clínica de este estudio y la no clínica del estudio anterior. De los 80 ítems se seleccionaron aquellos que: a) tenían una saturación en el factor de al menos 0,40, b) formaban parte del mismo factor en ambos estudios y c) mostraban las diferencias más altas de medias entre pacientes y no pacientes. Así quedo formado el CASO-A30 (anexo 1).

El octavo estudio presenta los análisis para la validez de constructo (factorial y convergente) y la fiabilidad de la versión definitiva del cuestionario, el CASO-A30, así como los puntos de corte para el diagnóstico del TAS/FS. En esta ocasión, no se realizó una nueva aplicación del cuestionario sino que se utilizó la otra mitad de la muestra del sexto estudio ($n_2= 6613$) y se extrajeron los 30 ítems que formaban esta versión definitiva del cuestionario. El AFC y el modelo exploratorio de ecuaciones estructurales (ESEM) mostraron que el modelo de cinco factores relacionados mostraba un mejor ajuste que el modelo de cinco factores de primer orden y uno de segundo orden. La validez convergente quedó demostrada por los niveles moderados de relación ($r= 0,62$ y $r= 0,59$, respectivamente) entre las puntuaciones totales del CASO-A30 y la LSAS-SR de la submuestra no clínica ($n_2= 6613$) y de la muestra clínica del estudio 7 ($n= 259$). Los niveles de consistencia interna ($\alpha_{no\ clínica}= 0,93$; $\alpha_{clínica}= 0,88$) y de fiabilidad (método de las dos mitades de Guttman, $r_{no\ clínica}= 0,90$; $r_{clínica}= 0,82$) de la puntuación total del cuestionario fueron altos. Finalmente, se calculó la invarianza de los modelos en ambas muestras y se determinaron los puntos de corte para el diagnóstico del TAS/FS con el CASO-A30 por medio del análisis ROC. Estos puntos de corte fueron calculados para cada dimensión del cuestionario, con base en las diferencias de sexo (calculado mediante un análisis de medias estructuradas).

En este punto, ya hemos conseguido la versión definitiva cuestionario, por lo tanto, los estudios siguientes estuvieron orientados a analizar las diferentes propiedades psicométricas del CASO-A30 en las distintas muestras. En el noveno estudio se analizó la validez factorial, la validez convergente, la fiabilidad y la consistencia interna del cuestionario, con una muestra de 15540 universitarios españoles. También analizamos las diferencias y similitudes en ansiedad social teniendo en cuenta el sexo. El AFE y el análisis paralelo mostraron que la mejor solución es la de cinco factores, que explican el 54,39% de la varianza común: 1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, 2) Interacción con desconocidos, 3) Interacción con el sexo opuesto, 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado y 5) Quedar en evidencia o en ridículo. El AFC y el ESEM pusieron a prueba tres modelos que explicaran la ansiedad social, 1) uno simple, 2) de cinco factores

relacionados y 3) de cinco factores de primer orden y uno de segundo orden. El segundo modelo mostró el mejor ajuste. Las correlaciones entre los factores del CASO-A30 fueron bajas (entre 0,22 y 0,48) indicando que aunque existe alguna relación, ésta es relativamente débil, tal y como se esperaba. La validez convergente quedó demostrada por el nivel moderado de relación que tuvieron las puntuaciones globales del CASO-A30 y la LSAS-SR ($r= 0,66$). La fiabilidad del cuestionario fue alta ($r= 0,89$) según el método de las dos mitades de Guttman y los índices de fiabilidad compuesta de los factores del cuestionario fueron de moderados a altos (0,74 a 0,87). La consistencia interna también fue alta ($\alpha= 0,91$). En cuanto a las diferencias de sexo, encontramos que las mujeres puntuaron significativamente más alto que los hombres en todas las dimensiones y de forma global en el CASO-A30, aunque la magnitud de las diferencias fue de pequeña a moderada.

El décimo estudio se hizo con una muestra general mucho más amplia, de 18133 participantes de 18 países. Se subdividió la muestra en dos y con la primera submuestra se hizo un análisis paralelo (procedimiento de Montecarlo con 200 repeticiones) que mostró una solución de cinco factores. Con la segunda submuestra se hizo un AFE de componentes principales con rotación promax. Nuevamente, se encontró que la mejor solución era de cinco factores que explicaban el 53,60% y el 56,79% de la varianza acumulada en ambas submuestras: 1) Interacción con desconocidos, 2) Hablar en público o con personas de autoridad, 3) Interacción con el sexo opuesto, 4) Quedar en evidencia o en ridículo y 5) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado. Con la segunda submuestra ($n_2= 9067$) se calculó la validez factorial. El AFC y el ESEM permitieron la evaluación de cinco modelos, encontrándose que el modelo de cinco factores correlacionados presentaba un mejor ajuste que los demás modelos. Con la muestra completa, el nivel de relación entre la puntuación total del CASO-A30 y de la LSAS-SR fue moderado ($r= 0,59$), obteniéndose así la validez convergente del CASO-A30. La fiabilidad (método de las dos mitades de Guttman) y la consistencia interna de la puntuación global del cuestionario fueron altas ($r= 0,89$; $\alpha= 0,92$, respectivamente). Nuevamente, se encontraron diferencias de sexo y las mujeres puntuaban significativamente más alto que los hombres en todas las dimensiones y en la puntuación global del cuestionario, aunque la d de Cohen indicó que estas diferencias eran pequeñas.

De manera similar, se hallaron las propiedades psicométricas del CASO-A30 con muestra clínica de 12 países y a ello se sumó la especificación de los puntos de corte para la detección del TAS/FS. En este undécimo estudio participaron 342 pacientes con un diagnóstico primario de fobia social, según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) o la CIE-10 (OMS, 1992, 2000), con/sin algún otro trastorno comórbido excepto un trastorno psicótico. Para esta ocasión un criterio de inclusión en la muestra fue que los pacientes debían puntuar 60 o más en la LSAS-SR. El AFE mostró

una solución de cinco factores que explicaban el 47,82% de la varianza acumulada: 1) Hablar en público/Interactuar con personas de autoridad, 2) Quedar en evidencia o en ridículo, 3) Interacción con el sexo opuesto, 4) Interacción con desconocidos y 5) Expresión asertiva de molestia, desagrado o desagrado. Se realizaron análisis de invarianza por sexo, utilizando la segunda submuestra ($n_2=9067$) del estudio anterior y la muestra clínica ($n=342$) de éste. El resultado fue que las invarianzas configural, débil, fuerte y estricta tuvieron apoyo en la submuestra no clínica, pero sólo la invarianza configural tuvo apoyo en la muestra clínica. La correlación entre la puntuación total del CASO-A30 y de la LSAS-SR fue moderada ($r=0,55$), apoyando así su validez convergente. Los índices de consistencia interna y fiabilidad fueron altos ($\alpha=0,88$; $r=0,84$, respectivamente). Las diferencias de sexo se observaron en las dimensiones 2 y 3 y en la puntuación global del CASO-A30, aunque la magnitud del efecto (d de Cohen) de estas diferencias era pequeña. El análisis ROC sirvió para determinar los puntos de corte para el diagnóstico del TAS/FS con el CASO-A30. De nuevo, dadas las constantes diferencias entre hombres y mujeres, los puntos de corte fueron calculados por sexo para cada dimensión del cuestionario. Todos los puntos de corte son distintos excepto en la quinta dimensión.

Una última cuestión que nos quedaba por explorar era la validez concurrente del cuestionario y para ello elegimos como criterio o *gold standard*, la “Entrevista para los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida, según el DSM-IV” (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version*, ADIS-IV-L; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994). También consideramos oportuno evaluar, además de la validez convergente, la validez discriminante utilizando dos medidas de autoinforme, una de depresión, el “Inventario de depresión-II, de Beck” (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996) y otra de alcoholismo, el “Cuestionario CAGE” (Ewing, 1984). Por esta razón, llevamos a cabo los dos últimos trabajos que se incluyen en esta tesis doctoral y que reseñamos a continuación.

En el duodécimo estudio fueron evaluados 368 estudiantes de Psicología de la Universidad de Granada (España) con las medidas de autoinforme. De estos, 155 participaron posteriormente en las entrevistas diagnósticas y sobre estos fue que se hicieron todos los análisis estadísticos. Los índices de fiabilidad (dos mitades de Guttman) y consistencia interna del CASO-A30 fueron muy altos ($r=0,90$; $\alpha=0,92$, respectivamente). Al comparar la distribución de los sujetos según tuvieran fobia social generalizada (FSG), fobia social no generalizada (FSNG) o sin fobia social, encontramos que la distribución era más similar entre el CASO-A30 y la ADIS-IV-L que entre la LSAS-SR y la ADIS-IV-L. Para hallar la validez concurrente, la variable de diagnóstico fue dicotomizada y se obtuvo una coincidencia en el 70,6% de los casos de FS y del 78,8% en los casos en que no tenían FS. La chi

cuadrado de Pearson indicó que existía una asociación entre ser diagnosticado con un TAS mediante la ADIS-IV-L y ser identificado como tal por el CASO-A30, aunque la magnitud de la relación (V de Cramer) era pequeña. Para la validez convergente calculamos el coeficiente de relación de Pearson entre el CASO-A30 y la LSAS-SR que fue moderado ($r= 0,53$) y la chi cuadrado de Pearson que indicó que existía una relación entre tener ansiedad social según la LSAS-SR y el CASO-A30 aunque la magnitud de la relación era pequeña. En lo que respecta a la validez divergente, encontramos que las correlaciones entre el CASO-A30 y el BDI-II y el CASO-A30 y el Cuestionario CAGE fueron pequeña ($r= 0,33$) y prácticamente nula ($r= -0,05$), respectivamente, tal y como se esperaba. Las diferencias de sexo se observaron en la puntuación global del CASO-A30 y en todas las dimensiones excepto en la de "Interacción con desconocidos". La magnitud del efecto de estas diferencias fue pequeña.

Nuestro último estudio fue realizado con 21 pacientes que tenían un diagnóstico principal de fobia social (trastorno de ansiedad social), según el DSM-IV, con/sin algún otro trastorno psicológico excepto un trastorno psicótico y que cumplían el criterio de tener 60 o más en la puntuación total de la LSAS-SR. Estos pacientes acudieron a consulta psicológica en gabinetes públicos y privados de España y tres países latinoamericanos. Los índices de fiabilidad y consistencia interna del CASO-A30 fueron muy altos. Según la ADIS-IV-L, el 100% de los pacientes tenía FSG y de estos el CASO-A30 identificó al 81% con FSG y el porcentaje restante como sujetos con FSNG. Esto muestra cómo la asociación entre ser diagnosticado con un TAS mediante la ADIS-IV-L y ser identificado como tal por el CASO-A30 es perfecta, lo cual da un apoyo importante a la validez concurrente del cuestionario. El nivel de relación de Pearson entre el CASO-A30 y la LSAS-SR fue moderado ($r= 0,79$). Como en el estudio anterior, en lo que respecta a la validez divergente, las correlaciones entre el CASO-A30 y el BDI-II y el CASO-A30 y el Cuestionario CAGE fueron pequeña ($r= 0,45$) y prácticamente nula ($r= 0,15$), respectivamente. Las diferencias de sexo en este caso, no fueron analizadas debido al tamaño tan pequeño de la muestra.

Visto todo lo anterior, nos gustaría señalar que, aun reconociendo algunas limitaciones de nuestra línea de investigación, como por ejemplo, el no haber conseguido una muestra clínica más grande para nuestro último trabajo (precisamente por las dificultades para usar las entrevistas diagnósticas en estos países, tal y como lo comentamos al inicio) para hallar la validez concurrente del cuestionario, consideramos que ya existen otros datos que respaldan la solidez y la estabilidad factorial del CASO-A30, su fiabilidad, su consistencia interna y su validez convergente y, por tanto, lo convierten en una opción interesante (y hasta la fecha la única autóctona, en los países de habla hispana) para evaluar a individuos que se sospecha tienen un problema de ansiedad social. Confiamos en que los clínicos y los investigadores encontrarán que es una ventaja contar con puntos

de corte distintos para hombres y mujeres, dadas las diferencias de sexo que existen en este campo. Estos y otros aspectos, como el logro de los objetivos y las perspectivas futuras para la investigación se presentan en un apartado general de discusión al final de este documento.

Sólo nos queda invitarles a leer el resto del manuscrito, a disfrutarlo (en el mejor de los casos) y a criticarlo, pues estamos seguros que sus comentarios serán aportaciones que enriquezcan el trabajo que venimos haciendo y que esperamos continuar los próximos años en pro del desarrollo del campo de la ansiedad social.

I. APARTADO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

La interacción social parece ser una característica constitutiva de los seres humanos. Basta con observar cómo la mayor parte de nuestro tiempo y de las actividades que realizamos cotidianamente implican tener algún tipo de contacto con otras personas. Cuando logramos relacionarnos de forma adecuada y eficaz, podemos satisfacer desde nuestras necesidades afectivas y emocionales (p. ej., amistad, amor, compañía, sexo, etc.) hasta aquellas vinculadas con la posibilidad de alcanzar nuestras metas educativas y profesionales. Sin embargo, la interacción o la actuación social no siempre resultan reforzantes o placenteras para todas las personas, especialmente cuando se trata de desconocidos, personas con autoridad o individuos del sexo opuesto. Algunas (e incluso muchas) de las situaciones sociales pueden llegar a ser aversivas y amenazantes, experimentándose niveles de temor tan elevados que las personas las llegan a tolerar con todo el malestar que conllevan y, en cuanto les es posible, prefieren escapar de ellas o evitarlas (nuevamente, si es posible). Cuando estos niveles de malestar y/o de evitación son clínicamente significativos o interfieren con el buen funcionamiento del individuo en su vida diaria, constituyen un problema psicológico, conocido como “trastorno de ansiedad social”, “fobia social” o “fobias sociales”.

Los sujetos con trastorno de ansiedad social (TAS) o fobia social (FS) suelen caracterizarse por ser extremadamente tímidos en los contactos interpersonales o durante su actuación frente a otros, hasta tal punto que ellos mismos lo consideran un problema porque afecta a sus relaciones sociales y a su funcionamiento cotidiano. Antes de continuar, hay que precisar que no todos los sujetos tímidos presentan ni desarrollan un TAS y, en este caso, la timidez se considera una característica del temperamento (inhibido) que se hace evidente en las situaciones sociales. En cualquier caso, quienes sí tienen un TAS, dejan ver desde el primer contacto que hablan poco, bajan la mirada y tienen algunas señales físicas de incomodidad (p. ej., rubor facial, temblores, manos frías, sudoración, etc.), prefieren pasar desapercibidos y en un grupo pueden ser poco activos y mostrar incluso un retraimiento social, especialmente en los contextos pocos familiares, todo lo cual contrasta con su deseo por estar con otras personas.

Quienes padecen un TAS o una FS están preocupados por hacer el ridículo y temen que los demás observen su ansiedad, su debilidad o su torpeza en las situaciones sociales de interacción (p. ej., iniciar y mantener conversaciones, quedar con alguien que les atrae, hacer una reclamación, expresar sus sentimientos a otra persona, etc.) o de actuación (p. ej., participar en clase o en una reunión, dar una charla, comer en sitios públicos, escribir mientras le están observando, etc.). Así,

pueden tener miedo a hablar en público porque les preocupa que las personas que están observándoles se den cuenta de que están ansiosos, que su voz titubea, que tienen rubor facial o les parezca que está contando algo estúpido, mientras que para el caso de ser incapaces de iniciar una conversación puede ser por su temor a ser rechazados por, o hacer el ridículo ante, la otra persona.

El TAS fue un asunto con el que la Psiquiatría y la Psicología fueron negligentes hasta las últimas décadas del siglo XX, a pesar de que a comienzos del mismo existían descripciones clínicas acerca del temor a hablar en público, tocar el piano en público o escribir mientras les observaban, a los cuales Janet (1903, 1909) denominó “phobie du situations sociales”. Otra aproximación al concepto de fobia social fue realizada por Marks y Gelder (1966), quienes la definieron como el miedo a parecer ridículo ante otras personas o a estar sujeto al escrutinio por parte de los demás mientras se realiza una tarea, tal y como ocurre en situaciones sociales como comer, beber o escribir. Los autores también incluyeron el temor a temblar, ruborizarse o desmayarse en presencia de otros. Por esta misma época, otros científicos hicieron referencia a distintos aspectos (p. ej., miedo a la evaluación social negativa, temor al rechazo, evitación social, etc.) que parecían tener relación con la fobia social, pero que no fueron considerados como tal y sobre los cuales se crearon también diversas formas de medida mundialmente conocidas.

Dado que hasta 1948 la OMS se hizo cargo de la Clasificación internacional de las enfermedades (*International classification of diseases, injuries, and causes of death*, CIE-6) e incluyó un apartado para los “trastornos mentales”, entre los que estaban los “trastornos psiconeuróticos”, era de esperarse que la fobia social tuviera que esperar algunos años para ser reconocida. Actualmente, la décima revisión de la CIE (OMS, 1992) incluye este trastorno en el apartado de “trastornos de ansiedad fóbica” bajo la denominación de “Fobias sociales”. Con relación al otro sistema de clasificación internacional, no fue sino hasta 1980, cuando el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), de la Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association*, APA), incluyó, en su tercera versión (DSM-III), a la “fobia social” como un problema psiquiátrico. En esta primera ocasión, el trastorno fue clasificado y conceptualizado como un “trastorno fóbico” junto con la agorafobia y la fobia simple (actualmente conocida como fobia específica). El concepto permaneció básicamente inalterado en el DSM-III-R (APA, 1987), excepto en lo que se refiere a que los individuos pueden padecer a la vez más de una de esas fobias sobre su actuación. Mientras que en el DSM-III el diagnóstico de fobia social se limitaba a un temor social circunscrito (p. ej., miedo a hablar o actuar en público, temor a comer, beber, escribir delante de otros o utilizar aseos públicos), en el DSM-III-R se indicó que los miedos podrían abarcar prácticamente todas las situaciones sociales y entre los

ejemplos fue incluido el miedo a decir tonterías o de no ser capaz de contestar a preguntas en situaciones sociales. Incluyó, además, la especificación del tipo “generalizado” para aquellos individuos que temieran a la mayoría de las situaciones sociales, en cuyo caso podría considerarse el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación (TPE). En el DSM-IV (APA, 1994), y así se mantiene en el DSM-IV-TR (APA, 2000), se amplió la denominación del trastorno incluyendo “trastorno de ansiedad social” entre paréntesis después de “fobia social” y, a diferencia del DSM-III-R, se incluyeron ejemplos de situaciones sociales de interacción, como iniciar o mantener conversaciones, participar en pequeños grupos, tener citas, hablar con personas de autoridad, etc., ampliando de este modo el espectro de posibles situaciones sociales temidas (que ya no se limita a las situaciones de actuación). En estas versiones del manual, se alude a que los miedos del individuo con fobia social tienen que ver con el temor a que otros los juzguen como ansiosos, débiles, locos o estúpidos y la definición del trastorno incluye el temor a mostrar síntomas de ansiedad, de tal forma que puedan resultar en una situación humillante o embarazosa.

En el caso de la población infantojuvenil, sólo hasta el DSM-IV (APA, 1994) se decidió eliminar el “trastorno de evitación infantil” e incluir parte de estos criterios dentro de la fobia social, haciendo énfasis en que la ansiedad ante las situaciones sociales no debía estar limitada a la interacción con adultos sino que también debía mostrarse ante los iguales (Caballo, 1995). A partir de entonces aparecieron los primeros trabajos de investigación, la mayoría con muestras combinadas de niños y adolescentes, a pesar del hecho de que este rango de edad representa un periodo demasiado amplio e inespecífico. Sólo hasta finales de la primera década del siglo XXI se examinaron aspectos diferenciadores entre estos dos periodos evolutivos y se han considerado propuestas como la de Rao *et al.* (2007) que han comparado la presentación clínica del TAS en niños de 7 a 12 años frente a adolescentes de 13 a 17 años.

La aparición del TAS como un cuadro complejo, con síntomas que antes se veían de manera aislada, captó la preocupación científica y aumentaron los estudios para su identificación, evaluación y tratamiento a partir de los años 80. La relevancia de este trastorno estuvo y continúa centrada en los problemas que emergen como consecuencia de su padecimiento (sobre todo, en quienes presentan fobia social de tipo generalizado), debido a que el deterioro ocurre en las áreas social, ocupacional y económica del individuo, así como en la salud mental. Para considerar el impacto del TAS o FS habrá que tener en cuenta que el temor puede presentarse en un amplio abanico de situaciones sociales y que cuanto mayor sea la variedad y número de situaciones a las que se tema mayor será el impacto. Así mismo podremos referirnos a sufrir desde pequeños contratiempos (como sucede en lo que en la literatura se ha denominado “fobia social circunscrita, específica o no

generalizada”) hasta el tener una existencia dominada por el temor a todo tipo de situaciones sociales (“fobia social generalizada”). Estos últimos son los que se consideran los casos más graves y, en la mayoría de las ocasiones, se trata de individuos que sufren las peores consecuencias, ya que van reduciendo el contacto social, muy a pesar de desear tenerlo. Esto los convierte en personas más bien solitarias, con muy pocos amigos y con menos posibilidades para conseguir pareja. Normalmente, tienen muy pocas actividades de ocio que impliquen a otros, asumen tareas y responsabilidades de forma individual y, durante la etapa adulta, concretamente en el ámbito laboral, pueden tener menores oportunidades o mayores dificultades para lograr un ascenso dada su inhibición o su torpeza en las actuaciones (p. ej., hablar en una reunión, exponer en público) e interacciones profesionales (p. ej., iniciar y mantener conversaciones con los jefes y compañeros). Si bien estas consecuencias ya revelan el impacto del trastorno en el individuo, tenemos que señalar que también lo convierten en un precursor de otros trastornos mentales igualmente importantes, como los trastornos depresivos, los trastornos por consumo de sustancias u otros trastornos de ansiedad, razón por la cual el TAS es, también, un tema de relevancia para la salud pública. Añadido a lo anterior, están los altos costes que tiene el no recibir un tratamiento oportuno (p. ej., el absentismo y la deserción escolar/laboral, la baja productividad y el coste económico de los fármacos, si fuesen necesarios para el tratamiento), ya que está demostrado que el TAS no remite por sí mismo (Lecrubier *et al.*, 2000; Nardi, 2005; Waghorn, Chant, White y Whiteford, 2005; Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Müller y Liebowitz, 2000).

2. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA FOBIA SOCIAL (TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL)

2.1. Definición

El trastorno de ansiedad social o fobia social (TAS/FS) se define, actualmente, como un miedo intenso y persistente ante una o varias situaciones sociales, en las que la persona es objeto de observación y/o de evaluación por parte de los demás y en las que anticipa un resultado negativo, ya sea actuar de alguna manera que pueda ser humillante o embarazosa, o mostrar síntomas de ansiedad (p. ej., rubor facial, temblor, tics, etc.) o ser rechazado por los otros (APA, 2000).

La percepción social es inherente al hecho de que somos seres sociales y que, como en otros aspectos de la vida/del mundo, nos formamos ideas sobre los demás y estamos atentos a su reacción. Esto es algo razonable desde esta perspectiva. No obstante, cuando las personas llegan a estar tan preocupadas por la manera como son percibidas y evaluadas por otros individuos y experimentan niveles de ansiedad/temor que se consideran desproporcionados para la(s) situación(es) y que son persistentes en el tiempo, estamos ya en el terreno de los problemas psicológicos, en este caso, en el del TAS/FS.

Esta valoración del temor/ansiedad como algo desproporcionado se relaciona con que las preocupaciones del individuo sobre lo que pueda suceder en las situaciones sociales o por las consecuencias que anticipa, no representan un peligro real para su vida ni para su integridad personal y, a pesar de saber esto, la sensación intensa de ansiedad no puede ser razonada de la misma manera. Este nivel de conciencia sobre el problema no es esperable en los niños, tal y como lo señala el DSM-IV-TR (APA, 2000).

El temor en las situaciones sociales puede llegar a tal punto, que el individuo las soporta con un alto nivel de malestar o, en cuanto puede, escapa de ellas. Cuando el temor se muestra de manera anticipada, pueden llegar a evitar las situaciones. En los casos en que hay escape o evitación, además de reforzarse negativamente el temor a las situaciones sociales, se deteriora el nivel de funcionamiento social y laboral/académico del individuo, ya que se ven entorpecidas algunas actividades que forman parte de la vida cotidiana. Por ejemplo, en las relaciones con los demás, se les observa más retraídos, aislados y más torpes a la hora de interactuar, es probable que tengan menos amigos, la calidad de las relaciones puede ser menor y tendrían más dificultades para conseguir pareja. En lo que tiene que ver con el funcionamiento ocupacional, ya sea en la escuela o en el trabajo, cabe esperar que participen menos en clase/reuniones, que realicen las tareas o los

trabajos en solitario, que actúen menos en público, como, por ejemplo, en exposiciones/presentaciones orales, que se queden rezagados en los grupos, que hagan todo cuanto les permita pasar desapercibidos (y no ser el centro de atención), lo cual puede conducir a que no se les reconozcan sus capacidades intelectuales/profesionales y que, por tanto, tengan menos oportunidades para expandir su formación o crecer profesionalmente (p. ej., no reciben becas/ascensos, no se les promociona de cargo, etc.).

Cuando pensamos sobre la naturaleza del temor que sienten las personas con fobia social, podemos considerar también que éste se relaciona con la falta de seguridad acerca de si van a caer bien o de que no van a ser criticados o rechazados. Tanto es así que cuando estas personas realizan las actuaciones (p. ej., comer, escribir, etc.) sin la presencia o la observación de alguien más, no parecen presentar mayores dificultades.

2.2. Clasificación diagnóstica según el DSM y la CIE

En los sistemas de clasificación diagnóstica internacional, vigentes en la actualidad, la fobia social [300.23] está considerada dentro de los “trastornos de ansiedad”, según el DSM-IV-TR (APA, 2000) y dentro de los “trastornos de ansiedad fóbica” [F40.1] según la CIE-10 (OMS, 1992, 2000). Estos últimos están, a su vez, en la categoría de “trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”. En la tabla 1 aparecen los criterios diagnósticos de ambos sistemas.

Tabla 1. Criterios diagnósticos para la Fobia social (Trastorno de ansiedad social), según el DSM-IV-TR (APA, 2000) y para la investigación de las Fobias sociales, según la CIE-10 (OMS, 2000)

Criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR	Criterios diagnósticos según la CIE-10
A. Un temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o de actuación en las cuales el individuo se expone a personas poco conocidas o un posible escrutinio por parte de los demás. El individuo teme actuar de tal forma (o presentar síntomas de ansiedad) que puedan ser humillantes o embarazosos. <i>Nota:</i> en los niños, hay pruebas de su capacidad para relacionarse socialmente con personas conocidas y la ansiedad ocurre en situaciones con sus iguales, no sólo en su interacción con los adultos.	A. Presencia de (1) o (2): (1) Miedo marcado a ser el centro de atención o miedo a comportarse de un modo que resulte embarazoso o humillante. Evitación notable de ser el centro de atención o de situaciones en las cuales hay miedo a comportarse de un modo que resulte embarazoso o humillante.

(Continúa)

Tabla 1. Criterios diagnósticos para la Fobia social (Trastorno de ansiedad social), según el DSM-IV-TR (APA, 2000) y para la investigación de las Fobias sociales, según la CIE-10 (OMS, 2000) (continuación)

Criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR	Criterios diagnósticos según la CIE-10
<p>B. Un temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o de actuación en las cuales el individuo se expone a personas poco conocidas o un posible escrutinio por parte de los demás. El individuo teme actuar de tal forma (o presentar síntomas de ansiedad) que puedan ser humillantes o embarazosos. <i>Nota:</i> en los niños, hay pruebas de su capacidad para relacionarse socialmente con personas conocidas y la ansiedad ocurre en situaciones con sus iguales, no sólo en su interacción con los adultos.</p> <p>C. La exposición a la situación social temida provoca ansiedad de modo casi invariable, ansiedad que puede tomar la forma de un ataque de pánico situacionalmente circunscrito o situacionalmente predispuesto. <i>Nota:</i> en los niños la ansiedad puede expresarse mediante el llanto, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales con personas desconocidas.</p> <p>D. La persona reconoce que el temor es excesivo o poco razonable. <i>Nota:</i> en los niños esta característica puede estar ausente.</p> <p>E. Las situaciones sociales o de actuación en público se evitan o bien se soportan con una ansiedad o un malestar intensos.</p> <p>F. La evitación, la anticipación ansiosa o el malestar en las situaciones sociales o de actuación temidas interfieren de forma significativa con la rutina normal de la persona, su funcionamiento laboral (académico) o con las actividades o relaciones sociales, o bien se da un notable malestar por el hecho de padecer la fobia.</p> <p>G. En individuos menores de 18 años, la duración es de al menos seis meses.</p> <p>H. El temor o la evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., abuso de drogas, fármacos) o a una enfermedad médica y no se puede explicar mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno por pánico con o sin agorafobia, trastorno por ansiedad de separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno generalizado del desarrollo, trastorno esquizoide de la personalidad).</p> <p>I. Si se encuentran presentes una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio A no está relacionado con ellos (p. ej., el temor no es a tartamudear, a temblar como en la enfermedad de Parkinson, o a mostrar una conducta de comer anormal como en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).</p> <p><i>Especificar si:</i> Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).</p>	<p>(2) Estos miedos se manifiestan en situaciones sociales como comer o hablar en público, encontrarse conocidos en público o introducirse o permanecer en actividades de grupo reducidos (p. ej., fiestas, reuniones de trabajo, clases).</p> <p>B. Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida, los cuales tienen que presentarse conjuntamente al menos en una ocasión desde que se inició el trastorno. Y además tener uno de los siguientes síntomas: (1) Ruborización. (2) Miedo a vomitar. (3) Necesidad imperiosa o temor a orinar o defecar.</p> <p>C. Malestar emocional significativo ocasionado por los síntomas o la conducta de evitación, que el paciente reconoce como excesivos o irracionales.</p> <p>D. Los síntomas se limitan a las situaciones temidas o a la contemplación de las mismas.</p> <p>E. <i>Criterios de exclusión:</i> los criterios A y B no se deben a ideas delirantes, alucinaciones u otros trastornos, como los trastornos mentales orgánicos (F00-f09), esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) o trastorno obsesivo compulsivo (F42), ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.</p>

Los criterios para la fobia social del DSM apenas han variado desde la publicación del DSM-III-R (APA, 1987). Actualmente, la fobia social (trastorno de ansiedad social) se define en el DSM-IV-TR (APA, 2000) como “un temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o de actuación en las que la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás. El sujeto teme actuar de alguna manera (o mostrar síntomas de ansiedad) que pueda ser humillante o embarazosa” (APA, 2000, p. 456). En esta definición se presentan dos tipos de situaciones: aquellas en las que el individuo tiene que realizar alguna actividad frente a los demás (ansiedad ante la actuación) y las que implican interacciones interpersonales (p. ej., asistir a fiestas, quedar con alguien). En general, el sujeto tiene que *hacer* algo mientras *sabe* que los demás le estarán observando y, en cierta medida, evaluando su conducta. La característica distintiva de quien tiene fobia social es el temor al *escrutinio* por parte de los demás, es decir, temor ante la perspectiva de ser observado por otras personas y, especialmente, cuando manifiesta ansiedad al llevar a cabo ciertas actividades (p. ej., comer/beber, trabajar, escribir, utilizar aseos públicos, andar, hacer una exposición oral) en presencia de los demás, lo que será embarazoso o humillante. Esto es claramente fobia “social”, porque los sujetos con este trastorno no tienen dificultades cuando realizan las mismas tareas en privado. En palabras de Hofmann y Barlow (2002), “la conducta se deteriora sólo cuando los demás les están observando” (p. 456).

Quienes sufren un TAS reconocen que su temor es excesivo e irracional en la medida que sus preocupaciones por lo que pueda suceder en las situaciones sociales o por las consecuencias que anticipan, no representan un peligro real para su vida ni para su integridad personal. No obstante, experimentan casi invariablemente un alto nivel de ansiedad o malestar emocional (con algunas alteraciones psicofisiológicas, como ocurre en todos los trastornos fóbicos, que pueden aparecer incluso antes del evento ansiógeno –ansiedad anticipatoria-) y, en algunos casos, puede esperarse que lleven a cabo conductas de escape o evitación para reducir el malestar. El DSM-IV-TR enfatiza que las conductas de evitación/escape son un elemento clave para el diagnóstico, ya que sólo puede hacerse si éstas llegan a interferir de forma significativa en la vida cotidiana de la persona (en el estudio o el trabajo, así como en sus relaciones sociales) o generan un malestar importante. Esta segunda opción resulta interesante debido a que el escape o la evitación pueden ser difíciles de conseguir si se tiene en cuenta que las situaciones sociales son propias del desarrollo y la socialización, con lo cual, lo más factible es que las personas permanezcan en dichas situaciones soportando niveles de ansiedad muy elevados. Desde comienzos de los años 90 se comentaba que algunos sujetos con fobia social puede que no eviten las situaciones sociales en sí mismas, sino que muestren una conducta de evitación más sutil estando en la situación (p. ej., sentarse atrás en una

actividad de grupo, no hacer preguntas en una reunión o pedir disculpas cuando no existe razón para ello), evitando así ser el centro de atención o ser criticados.

Respecto a los menores (de 18 años) hay cuatro aspectos a tener en cuenta para su diagnóstico, según la APA (2000): 1) el temor se observa en situaciones sociales con sus iguales y no exclusivamente en presencia de los adultos; 2) sus habilidades para relacionarse con los familiares deben ser normales y existir desde siempre; 3) no se requiere que sean conscientes de que su temor es excesivo e irracional (no cumplen el criterio C) y 4) deben presentar los síntomas durante un mínimo de seis meses. De esta forma, se evitará confundir el TAS/FS con la incapacidad para las relaciones sociales de algunos niños con un trastorno generalizado del desarrollo y se tendrá más cuidado a la hora de diagnosticar fobia social en niños que son simplemente tímidos (algo que puede ser relativamente frecuente y que no implica patología).

Para los casos en que el individuo teme a la “mayoría” de las situaciones sociales debe especificarse que la fobia social es *generalizada*. Esta anotación parece tener una utilidad clínica en la medida que indica la gravedad del trastorno. Según la APA (2000), generalmente los individuos que presentan este subtipo temen a los dos tipos de situaciones sociales, tanto de interacción como de actuación, con lo que cabe esperar que tengan un mayor deterioro social y ocupacional. Aquellas personas que tienen manifestaciones clínicas de fobia social pero que temen a situaciones particulares (sin llegar a ser la mayoría) forman un grupo muy heterogéneo que en la literatura se ha nombrado como fobia social *no generalizada, circunscrita o específica*.

Esta clasificación de los subtipos de fobia social (generalizada vs. no generalizada) se inició a partir de la publicación del DSM-III-R (APA, 1987) y es, en la actualidad, un tema polémico muy a pesar de que para el DSM-5 (APA, 2012) posiblemente desaparezca esta especificación. Respecto a este tema habría que plantearse algunas cuestiones como: 1) ¿qué significa temer a la “mayoría” de las situaciones?, ¿a partir de cuántas situaciones se consideraría que un individuo tiene fobia social generalizada?; 2) si lograra definirse este criterio (teniendo en cuenta sobre todo, la variabilidad que existe entre los distintos métodos e instrumentos de evaluación), ¿cómo podría garantizarse que se están evaluando todas (o “la mayoría”) de las situaciones representativas del universo de situaciones sociales a las que se puede temer? y 3) considerando que los puntos de corte que se definen en muchos de los instrumentos (especialmente los autorregistros) empleados para evaluar la fobia social se basan en las puntuaciones globales y parecen clasificar mejor a quienes tienen fobia social generalizada, ¿qué sucede con aquellos individuos que sufren una ansiedad intensa en situaciones sociales circunscritas pero cuyas puntuaciones globales no alcanzan el punto de corte para ser identificados como sujetos con ansiedad social?, ¿significa esto que estamos dejando sin detectar

aquellos casos de fobia social no generalizada? Ésta y otras cuestiones quedan aún por discutirse en el ámbito científico y sin duda podrán ayudar a definir mejor algunos aspectos relacionados con la clasificación diagnóstica.

Otra polémica desatada a partir de la inclusión de esta especificación sobre la fobia social generalizada en el DSM-III-R (APA, 1987) se refiere a la posibilidad de estarse solapando con el “trastorno de la personalidad por evitación” (TPE). En realidad, no parece haber diferencias entre ambos trastornos, ni en la edad de inicio, ni en la gravedad ni en la cronicidad. Si consideramos los criterios diagnósticos de ambos trastornos podríamos ver que los de la fobia social generalizada podrían servir para diagnosticar al TPE y viceversa. Se ha planteado que sólo un criterio de este último trastorno podría ser exclusivo del mismo, redactado como “es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras”. Si de los siete criterios que definen al TPE, seis son comunes a la fobia social generalizada, no parece que estemos hablando de trastornos diferentes, máxime cuando para satisfacer el diagnóstico de TPE es suficiente cumplir con cuatro (cualesquiera) de los siete criterios que lo definen. No parece que el DSM-5 haya solucionado este problema de solapamiento.

Por su parte, la CIE-10 (OMS, 1992, 2000) hace referencia a las “Fobias sociales” como aquellas que giran en torno al miedo a ser juzgado por los demás (así se trate de un grupo relativamente pequeño), a ser el centro de atención, a estar bajo el escrutinio por parte de otras personas o a que, de alguna manera, la situación resulte embarazosa y humillante. Además, es posible que las personas eviten situaciones sociales, como comer o hablar en público, encontrarse con personas conocidas en lugares públicos, entrar y formar parte de situaciones en pequeños grupos, como sucede en las fiestas, en reuniones o en clase. En casos extremos la evitación puede llevar al aislamiento social.

Según esta clasificación, las fobias sociales pueden ser *discretas*, si el temor se restringe a situaciones muy particulares (p. ej., comer en público, hablar en público, encontrarse con alguien del sexo opuesto) o *difusas*, si el temor se produce en “casi todas” las situaciones sociales fuera del círculo familiar. Tal y como sucede con el DSM-IV-TR, aquí también son cuestionados los límites para considerar una fobia social como discreta o difusa.

Entre las pautas que señala la CIE-10 (OMS, 1992) para el diagnóstico de las fobias sociales están:

- 1) los síntomas emocionales, conductuales y autónomos deben ser manifestaciones primarias de la ansiedad y no deberse a otros síntomas como ideas delirantes u obsesivas;

- 2) la ansiedad debe restringirse o predominar en las situaciones sociales concretas; y
- 3) la situación fóbica se evita siempre que sea posible.

Sin embargo, en la publicación de la versión para la investigación de la CIE-10 (OMS, 2000) se explicitan mejor los criterios diagnósticos. Como se observa en la tabla 1, en esta clasificación diagnóstica no existen criterios específicos para la población infantojuvenil.

Dejando un poco de lado las clasificaciones diagnósticas, Mattick y Clarke (1988) propusieron dos definiciones relativas a dos aspectos de la fobia social: la *ansiedad ante la interacción social* y los *temores al escrutinio*. Para estos autores, el término “ansiedad ante la interacción social” se refiere a la ansiedad que se experimenta cuando se conoce y se habla con otras personas, pudiendo ser éstas del sexo opuesto, desconocidas o amigas. De forma específica, las preocupaciones principales incluyen temores a ser incapaz de expresarse, a ser aburrido, a parecer estúpido, a no saber qué decir o cómo responder en las interacciones sociales y temor a ser ignorado. Muchos de estos temores han sido investigados en el campo de las habilidades sociales (p. ej., Caballo, 1997).

Por otra parte, el “temor al escrutinio” se refiere al temor ante la perspectiva de ser observado por otras personas y, especialmente, cuando el individuo manifiesta ansiedad al llevar a cabo ciertas actividades en presencia de los demás. Esas actividades pueden incluir el comer, beber, escribir, firmar, utilizar aseos públicos, trabajar o viajar en transportes públicos ante la vista de los demás, andar frente a los demás o simplemente que le miren. Durante estas actividades la preocupación es que se den cuenta de que está ansioso, se ruborice, que tiemble o muestre cualquier otra señal física de ansiedad, que le vean desmayarse o que parezca enfermo.

Una última cuestión relacionada con el diagnóstico del TAS/FS, es que puede que exista un alto subdiagnóstico debido, en parte, a que las familias o los individuos con el trastorno pueden llegar a considerar que se trata de una timidez excesiva. Al respecto vale la pena comentar que la timidez es un “rasgo de personalidad”, refleja una preocupación por el sí mismo durante una situación social (imaginaria o real) y está acompañada de sentimientos negativos hacia sí mismo (Crozier, 1981), preocupación que no es patológica, excepto cuando se observa que tal preocupación y los sentimientos negativos son excesivos y la persona considera que es molesto tenerlos debido a posibles efectos negativos en su funcionamiento social y ocupacional. En estos casos se puede sospechar de un trastorno fóbico. La timidez puede identificarse como un factor de predisposición para la ansiedad social pero, como se ha dicho antes, no todos los adultos con fobia social fueron tímidos en la niñez o en la adolescencia (Stein y Stein, 2008) y no todas las personas tímidas llegan a desarrollar fobia social. Esto dependerá de diversos factores personales y ambientales que entran en

juego durante la interacción social, como, por ejemplo, las habilidades sociales y, en general, las estrategias de afrontamiento que utilice durante las situaciones sociales estresantes (Schmidt, Polak y Spooner, 2005).

2.2.1. Situaciones sociales temidas

Aunque las situaciones sociales potencialmente ansiógenas puede ser muy variadas, muchos coinciden en afirmar que hay básicamente dos tipos; por una parte, realizar una tarea o actividad en presencia de otras personas (temor a la actuación) y, por la otra, parecer o ser poco competentes en la interacción interpersonal (temor a la interacción). Ejemplos de este tipo de situaciones aparecen en la tabla 2.

Tabla 2. Listado de posibles situaciones sociales temidas por sujetos con fobia social

Situaciones interactivas	Situaciones no interactivas
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar y/o mantener conversaciones • Quedar (citarse) con alguien que le atrae • Asistir a una fiesta • Asistir a reuniones, congresos • Expresar desacuerdo u oposición • Rechazar una petición • Expresar molestia • Telefonar (especialmente a personas desconocidas o poco conocidas) • Hablar con personas con autoridad • Hablar con personas del sexo opuesto • Hacer y recibir cumplidos • Conversar en un grupo pequeño • Expresar sentimientos positivos a otra persona • Interactuar con alguien que le atrae • Devolver un artículo en una tienda <p>Específicas para niños y adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participar en actividades deportivas • Invitar a jugar a alguien del sexo opuesto • Pedir prestado algún objeto (p. ej., lápices de colores, un libro de texto) • Felicitar a un compañero por su cumpleaños 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar en público (ante una audiencia) • Contestar/hacer una pregunta en una reunión • Cantar o tocar un instrumento musical en público • Ser el centro de atención • Comer/beber en público • Escribir/trabajar mientras le están observando • Utilizar urinarios públicos • Entrar en un lugar cuando ya están los demás • Romper un artículo, sin querer, en un establecimiento • Desmayarse, marearse o ponerse enfermo delante de los demás • Que le hagan una broma delante de otros • Pasar delante de un grupo y que se le queden mirando <p>Específicas para niños y adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contestar/hacer una pregunta en clase • Hacer una presentación o una actuación (oral, musical, de danza, teatro) delante de otras personas • Entrar en la cafetería del colegio

La literatura muestra los intentos que se han realizado por agrupar los distintos tipos de temores sociales. De entre los primeros que se refirieron a este asunto están Holt, Heimberg, Hope y

Liebowitz (1992), quienes sugirieron (aunque no con una base empírica) clasificar las situaciones sociales dentro de cuatro “categorías primarias”: 1) hablar e interactuar en contextos formales (p. ej., dar una charla delante de una audiencia, presentar un examen oral, dar un informe a un grupo, hablar en una reunión); 2) hablar e interactuar en contextos informales (p. ej., en una fiesta, conocer a otras personas, ligar con alguien); 3) interactuar requiriendo el uso de comportamientos asertivos (p. ej., hablar con una figura con autoridad, expresar desacuerdo, devolver objetos en una tienda, resistir la presión del dependiente) y 4) cuando son observados mientras realizan algún comportamiento, como trabajar, escribir o comer.

Como la anterior, pueden encontrarse otras clasificaciones en el ámbito anglosajón. Esto depende en gran medida del instrumento utilizado, aunque en la mayoría de los casos (si no es en todos), se utilizan medidas de autoinforme. El mayor inconveniente que se registra es que existe una variabilidad en las estructuras factoriales de algunos de estos instrumentos, con lo que seguimos sin saber cuáles son los tipos de fobia social o las dimensiones/dominios que la forman. En el DSM-5 se incluirán tres tipos de situaciones sociales: 1) observación, 2) interacción y 3) actuación (Bögels *et al.*, 2010), según ha considerado el equipo de trabajo formado para la revisión de los criterios diagnósticos de esta nueva versión del manual (APA, 2012), lo que podría ser un asunto desafortunado, al desconocerse el aporte de investigaciones realizadas en culturas no anglosajonas (Caballo, Salazar, García-López e Iurrtia, 2011; Caballo, Salazar, Garrido e Iurrtia, 2012).

2.3. Propuestas para una caracterización del trastorno de ansiedad social o fobia social en el DSM-5

Durante estos últimos años y hasta diciembre de 2012, el grupo de trabajo del DSM-5 estuvo revisando y redactando los criterios diagnósticos para los distintos trastornos mentales que fueron publicados el pasado mes de mayo. Aunque ya habíamos comentado algunos de los informes del grupo de trabajo para la fobia social (Caballo *et al.*, 2011), hemos realizado una actualización de los criterios propuestos (tabla 3), con base en la información que estuvo disponible (hasta finales de 2012) en la página web de la APA (2012). Nuestros comentarios respecto a esta propuesta deben leerse sin perder de vista que podría suceder que estos criterios no correspondan al 100% con los cambios definitivos para esta versión del DSM, ya que para el momento de entrega de esta tesis no disponíamos aún de un ejemplar del DSM-5.

Tabla 3. Criterios diagnósticos propuestos para el Trastorno de ansiedad social (Fobia social) en el DSM-5 (APA, 2012)

<p>A. Ansiedad o temor intensos sobre una o más situaciones sociales en las que la persona se ve expuesta al posible escrutinio por parte de los demás. Los ejemplos incluyen interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación), ser observado (p. ej., comer o beber) o actuar frente a otras personas (p. ej., dar una charla).</p> <p>B. El individuo teme actuar o presentar síntomas de ansiedad de tal forma que pueda ser evaluado negativamente (p. ej., ser humillado, avergonzado o rechazado) u ofender a los demás.</p> <p>C. Las situaciones sociales provocan casi siempre ansiedad o temor. <i>Nota:</i> en los niños, el temor o la ansiedad pueden expresarse mediante el llanto, berrinches, bloqueo/inhibición, conducta pegajosa, retraimiento o rechazo a hablar en situaciones sociales.</p> <p>D. Las situaciones sociales intentan evitarse o se enfrentan con un temor intenso o ansiedad.</p> <p>E. El temor o ansiedad son desproporcionados con la amenaza real de la situación social. <i>Nota:</i> No proporcional alude al contexto sociocultural.</p> <p>F. El temor, la ansiedad o la evitación son persistentes, la duración es de al menos seis meses.</p> <p>G. El temor, la ansiedad y la evitación ocasionan un malestar clínicamente importante o un deterioro social, ocupacional o en otra área importante de funcionamiento.</p> <p>H. El trastorno no puede atribuirse a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., abuso de drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.</p> <p>I. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej. ansiedad sobre un posible ataque de pánico en el Trastorno de pánico, en situaciones agorafóbicas en la Agorafobia, por la separación de las figuras de apego en el Trastorno de ansiedad por separación, por la exposición pública de defectos físicos percibidos en el Trastorno dismórfico corporal o problemas de comunicación en el Trastorno del espectro autista). Los fallos para hablar no se explican mejor por la tartamudez o problemas del lenguaje expresivo en los Trastornos de la comunicación, o el rechazo a hablar no se debe a la oposición del Trastorno opositor-desafiante.</p> <p>J. Si hay alguna una enfermedad médica (p. ej., tartamudez, enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración por quemaduras o lesiones), el temor, la ansiedad o la evitación no están relacionados con ellos o son excesivos.</p> <p><i>Especificar si:</i> Actuación solamente: si el temor se restringe a hablar o actuar en público. Mutismo selectivo: si los fallos para hablar son consistentes en situaciones sociales específicas en las cuales hay una expectativa de que hable (p. ej., en la escuela), a pesar de que lo haga sin problema en otras situaciones.</p>

El primer cambio consiste en la reorganización del nombre del trastorno. Actualmente se denomina “Fobia social (trastorno de ansiedad social)” y para el DSM-5 se hará una inversión de los nombres, quedando “Trastorno de ansiedad social (fobia social)”. Así mismo, se utilizarán las palabras “temor, ansiedad” de forma consistente en la mayoría de los criterios. El siguiente cambio se refiere a la división del criterio A del DSM-IV-TR en dos criterios distintos en el DSM-5 (criterios A y B). En el criterio A del DSM-5 se utiliza el término “acusado” (del DSM-IV-TR) para referirse a la intensidad del temor o ansiedad. Aquí mismo se explicitan dos nuevos elementos “observación” e “interacción” para completar (junto con “actuación”) los tres tipos de situaciones sociales temidas. A este respecto, nos gustaría comentar dos cosas; en primer lugar, aunque el grupo de trabajo considera que ambos son elementos novedosos, en realidad sólo se está agregando un nuevo

elemento, el de “observación”, pues el de interacción estaba incluido en lo que se denominaban “sociales” (en el DSM-IV-TR). Sin embargo, nos surge la duda acerca de a qué se refieren con “observación”, debido a que este concepto está implícito en gran parte de (si no en todas) las situaciones temidas por los sujetos con TAS/FS. En segundo lugar, esta propuesta sobre los “tres tipos de situaciones sociales”, que se basa en lo planteado por Bögels *et al.* (2010), no coincide con los datos de una revisión reciente de la literatura que muestra los resultados de los análisis factoriales de numerosos estudios respecto a los tipos de situaciones sociales que temen los sujetos con fobia social (véase Caballo, Salazar, Irurtia *et al.*, 2010; Caballo, Salazar, Irurtia *et al.*, 2012; Caballo *et al.*, en evaluación). Otra cuestión del criterio A del DSM-IV-TR fue la eliminación de la nota correspondiente a los niños que advierte que, en su caso, debe haber pruebas sobre su capacidad para relacionarse adecuadamente (según su edad) con los adultos.

El criterio B del DSM-5 incluye ahora el temor a “presentar síntomas de ansiedad” (que en el DSM-IV-TR formaba parte del criterio A) eliminando incluso los paréntesis para enfatizar que esto es un aspecto característico del TAS. Como se observa, en este nuevo criterio el que los síntomas sean humillantes o vergonzosos se ha incluido como ejemplo de “ser evaluado de forma negativa”, por ser éste el núcleo del temor en la fobia social. Lo mismo sucede con el concepto de que sean “ofensivos para otros”, en un intento de incluir aspectos específicos de algunas culturas orientales (p. ej., Japón).

La formulación del criterio C del DSM-5 (antes criterio B del DSM-IV-TR) se ha hecho de forma consistente con los criterios para la Fobia específica y la Agorafobia. Además, de la nota incluida en el DSM-IV-TR ha desaparecido la parte que insistía en que las manifestaciones de ansiedad en los niños debían ocurrir en situaciones con personas desconocidas, lo que nos parece oportuno, puesto que la ansiedad puede ocurrir en presencia de personas conocidas. El rechazo a hablar se ha añadido como un comportamiento de evitación habitual en niños y adolescentes.

El criterio D del DSM-5 se mantiene casi igual que en el DSM-IV-TR, cambiando únicamente la palabra “malestar” por “temor”.

En el criterio E (antes criterio C del DSM-IV-TR) ya no aparece la expresión “excesivo o poco razonable” (para referirse a la valoración del miedo por parte del propio sujeto) por la dificultad de los pacientes con TAS para considerar sus miedos como tales y lo operativiza de tal forma que se entienda que el temor es “desproporcionado” respecto al daño potencial de la situación y toma en cuenta las normas sociales del contexto del individuo.

El criterio F, que se refiere a la duración mínima del trastorno, funcionaría igualmente para niños, adolescentes y adultos (antes estaba sólo para los menores de 18 años), con la intención de evitar un sobrediagnóstico del trastorno ya que, según el grupo de trabajo, algunas ansiedades sociales transitorias ocurren en la edad adulta. A este respecto queremos comentar que posiblemente cuando se refieren a “ansiedades sociales transitorias” se están refiriendo al temor en situaciones sociales muy concretas que aparecen posiblemente ante situaciones novedosas que se plantean a lo largo del ciclo vital (p. ej., el temor a las exposiciones orales que muestran los estudiantes de primer año de universidad cuando antes no habían tenido que enfrentarse a ellas). En estos casos es posible que hayan sido mal diagnosticados, pues se trata de un único miedo y no de un conjunto de miedos sociales que formen una categoría amplia, pero sólida, referida a una misma dimensión social (p. ej., situaciones de hablar en público e interactuar con personas de autoridad). Este fallo es muy común en los instrumentos de evaluación.

En el criterio G del DSM-5 hay una sutil variación correspondiente a que “el miedo, la ansiedad y la evitación generan un malestar clínicamente significativo o un deterioro importante en el funcionamiento social, laboral o de otro tipo”. Aunque se entiende bien que lo que se pretende resaltar es el impacto que tienen estos tres aspectos en la vida del individuo, la utilización de la conjunción “y” en lugar de “o” parece que obliga a que la evitación ocurra de forma invariable con el miedo y la ansiedad, lo cual no es del todo cierto. Si bien existe una tendencia a evitar, también hay casos en los que la ansiedad puede presentarse con gran intensidad pero las personas no tienen (y a veces no eligen) la opción de escapar de ellas o evitarlas y soportan el malestar en la situación, sin que, finalmente, el temor/ansiedad interfieran en su funcionamiento.

El criterio G del DSM-IV-TR se subdividió en los criterios H e I en el DSM-5. El criterio H se refiere únicamente a que el trastorno no se explica por condiciones físicas (efectos fisiológicos del consumo de una sustancia y enfermedades médicas), mientras que el criterio I incluye los trastornos mentales. Ambos criterios tienen alguna limitación. El criterio H parece superponerse con el criterio J del DSM-5 en cuanto a las enfermedades médicas se refiere, mientras que del criterio I se han eliminado los trastornos generalizados del desarrollo y el trastorno esquizoide de la personalidad (criterio G en el DSM-IV-TR), entre los distintos trastornos que bien podrían explicar la ansiedad o la evitación.

Del criterio J se han eliminado las conductas alimentarias anormales (anorexia y bulimia nerviosa) y se han incluido la obesidad y la desfiguración por quemaduras o lesiones.

En el apartado para las especificaciones hay dos novedades. Por una parte, la inclusión de dos especificadores, es decir, si es “actuación solamente” o si es “mutismo selectivo”. Respecto a la primera opción hay que decir que no hay pruebas de que ésta sea la mejor de las alternativas, según se comentó anteriormente sobre los tipos de miedos sociales, y respecto a la segunda opción señalar que esta decisión implicaría la eliminación del mutismo selectivo como trastorno independiente. Por otra parte, para esta nueva versión del DSM se propone la eliminación de la especificación del subtipo “generalizado”, algo que podría ser desafortunado y que bien se habría podido solucionar con una mejor operativización del concepto.

3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL O FOBIA SOCIAL

Los individuos con TAS/FS se identifican esencialmente por: 1) su inhibición o sus déficit conductuales en las situaciones de interacción social o en la actuación frente a los demás, 2) las conductas de escape y evitación de las situaciones sociales, o 3) si permanecen en las situaciones o las anticipan se les observa ansiosos (con manifestaciones físicas y fisiológicas) por la posibilidad de ser evaluados negativamente o de resultar ofensivos para los demás (como ocurre en el *taijin kyofusho* en Japón). Sus cogniciones suelen ser muy típicas porque están asociadas con la valoración negativa de sí mismo y de la situación y el miedo al rechazo por parte de los demás, mostrándose especialmente sensibles a la crítica.

Tomando como base que los componentes más importantes del miedo son la conducta de evitación, la reactividad fisiológica y los informes verbales/cognitivos del temor subjetivo, podemos esperar que estos tres niveles de respuesta también estén presentes en el TAS/FS, que covaríen de un individuo a otro y que lo hagan con el tiempo (Heimberg, Dodge y Becker, 1987), según la situación y el contexto sociocultural.

3.1. Aspectos conductuales

Como se comentó anteriormente, los sujetos con TAS/FS temen o evitan situaciones en las que es posible la observación por parte de los demás. Hay dos componentes conductuales que sobresalen en el TAS/FS: las habilidades sociales y la conducta de evitación. Algunos estudios (p. ej., Caballo y Turner, 1994; Heimberg *et al.*, 1987) han mostrado que los sujetos con fobia social son evaluados con menos habilidades sociales que sujetos sin ansiedad social; sin embargo, también ocurre que a veces los individuos no presentan un déficit sino una inhibición de sus habilidades sociales debida a los altos niveles de ansiedad (p. ej., Thompson y Rapee, 2002).

En el estudio de Caballo y Turner (1994) en el que los sujetos interactuaban con un colaborador del sexo opuesto durante cuatro minutos, se encontró que aquellos con fobia social generalizada eran evaluados (por diferentes grupos de jueces) como menos habilidosos, menos atractivos físicamente y menos activos que sujetos no ansiosos socialmente y algunos de los elementos moleculares de su comportamiento (p. ej., expresión facial, mirada, orientación corporal, tiempo de habla y fluidez del habla) como menos adecuados. Conger y Farrell (1981) y Pilkonis (1977),

encontraron que los sujetos con fobia social generalizada miraban menos y tenían más pausas en el habla que los sujetos control.

Estos datos parecen coincidir con los de algunos estudios con población infantil que confirman los déficit en las habilidades sociales desde edades tempranas en quienes han sido diagnosticados con fobia social (p. ej., Cartwright-Hatton, Tschernitz y Gomersall, 2005; Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 1999). Concretamente, durante la observación del comportamiento en la escuela, Spence *et al.* (1999) encontraron que los niños con TAS tuvieron menos iniciativa en las interacciones con otros niños, hablaban menos e interactuaban por un tiempo más corto que sus iguales sin ansiedad social.

Si se revisan estudios con otro tipo de muestras, como, por ejemplo, el de Davila y Beck (2002), en el cual se evaluó a universitarios de primer año de Psicología, también se encuentra que los altos niveles de ansiedad social están asociados con un comportamiento menos asertivo ($p < 0,01$) y el de Tsutsui, Yoshii, Kanzaki, Naruo y Nozoe (2003), con pacientes con enfermedades dermatológicas, en el que se encontró que las habilidades sociales (y no la gravedad o la duración de las enfermedades de la piel) eran el único predictor de la ansiedad social y la evitación ($\beta = 0,75$; $p < 0,001$).

Otros aspectos interesantes y de reciente investigación en cuanto a las habilidades sociales de individuos con fobia social son: 1) la expresión emocional y 2) su capacidad para interpretar adecuadamente las expresiones faciales (de alegría, ira, miedo y tristeza). Respecto al primero, Turk, Heimberg, Luterek, Mennin y Fresco (2005) encontraron que los individuos con ansiedad social eran menos expresivos de emociones positivas, prestaban menos atención a sus emociones y tenían más dificultad para describirlas comparados con quienes presentaban un trastorno de ansiedad generalizada o no tenían ningún trastorno. Respecto al segundo tema, aún no hay datos concluyentes puesto que algunos han señalado que las personas con TAS tienen más déficit que los sujetos no fóbicos para interpretar algunas emociones, como, por ejemplo, la ira (Horley, Williams, Gonsalvez y Gordon, 2004; Joormann y Gotlib, 2006), mientras que otros autores afirman que los sujetos con TAS tienen una mayor habilidad en la interpretación de toda la gama de expresiones faciales emocionales (p. ej., Hunter, Buckner y Schmidt, 2009). También nos encontramos con autores que son un poco más finos al señalar que las diferencias entre los sujetos con y sin fobia social aparecen únicamente en la velocidad para identificar emociones negativas (p. ej., ira, miedo, tristeza) cuando están bajo condiciones sociales amenazantes y que en situaciones que no son amenazantes las diferencias entre ambos grupos desaparecen (p. ej., Leber, Heidenreich, Stangier y Hofmann, 2009).

Con respecto a las diferencias en la conducta de evitación entre sujetos con y sin fobia social, Dodge, Heimberg, Nyman y O'Brien (1987), empleando un diario conductual de interacciones heterosociales de estudiantes universitarios, encontraron que los estudiantes que tenían una elevada ansiedad social participaban en menos interacciones que estudiantes con baja ansiedad social, lo que podría ser el resultado de tendencias de evitación más potentes. Caballo y Turner (1994) hallaron que los sujetos con fobia social generalizada tenían menos amigos y amigas íntimos, menos amigas no íntimas, conocieron a menos gente durante el mes anterior a la entrevista y habían tenido menos "ligues" durante el último año, que sujetos no ansiosos socialmente. Estos menores índices de interacción social en los sujetos con fobia social generalizada podrían deberse a dificultades en la iniciación y/o mantenimiento de conversaciones, en la expresión de sentimientos positivos, en hacer y recibir cumplidos, etc. (Caballo, 1997). Otra explicación a esa menor interacción con los demás podría encontrarse en la ansiedad condicionada a toda una serie de situaciones sociales, de modo que el sujeto intentaría evitar las situaciones temidas, implicarse lo menos posible en ellas o bien soportar dichas situaciones con una gran ansiedad cuando no hay posibilidad de escapar. La conducta que se ha mostrado eficaz previamente para disminuir la ansiedad, ya sea la de evitación total de la situación o la de mantenerse en la periferia de un grupo social, tenderá a volverse una respuesta estable, de una elevada probabilidad, en esas situaciones (Trower y Turland, 1984).

En el estudio realizado por Moitra, Herbert y Forman (2008) con pacientes (de entre 18 y 60 años) con fobia social como diagnóstico primario, se halló que la conducta de evitación mediaba la relación entre los síntomas de fobia social y los síntomas depresivos. El papel de las conductas de evitación resultó ser tan relevante que, además, aquellos pacientes con fobia social que recibieron tratamiento para disminuir las conductas de evitación presentaron a su vez menos síntomas depresivos.

En los niños, otras manifestaciones conductuales particulares de la ansiedad en situaciones sociales son el llanto, las rabietas, el tartamudeo, quedarse paralizado o retraerse ante los desconocidos y aferrarse o permanecer muy cerca de figuras de apego o personas más cercanas. En la tabla 4 se resumen algunos de los componentes conductuales de la fobia social.

Tabla 4. Características conductuales, cognitivas, fisiológicas y emocionales de la fobia social

Aspectos conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas de escape de las situaciones sociales temidas • Conductas de evitación de las situaciones sociales temidas • Contacto ocular escaso con desconocidos o poco conocidos • Comportamiento frío, distante y tenso con aquellos que no conoce • Generalmente callados o poco habladores con gente con la que no tienen mucha familiaridad • Temor e intranquilidad observables ante situaciones sociales temidas • Vigilancia y alerta constantes antes amenazas sociales potenciales; detección de los menores indicios de rechazo y desaprobación • Aislamiento social activo • Se distancian de las situaciones sociales que propicien interrelaciones estrechas • Torpes, rígidos y reservados en situaciones sociales nuevas con mucha gente o poco estructuradas • Ponen a prueba a los demás para ver si pueden confiar en ellos • Búsqueda de privacidad • Reaccionan mal a los comentarios sugerentes de ridículo o burla • Personas de hábitos fijos • Introversos, tímidos, desconfiados • Tartamudeo
Aspectos cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> • Se desbordan con detalles ambientales irrelevantes • Conceptos rígidos sobre la conducta social apropiada • Interferencia cognitiva por pensamientos perturbadores, confusos y distractores • Diálogo interno de autoverbalizaciones negativas • Creencias sociales disfuncionales • Patrones excesivamente elevados para la evaluación de la actuación • Tendencia a rebajar la eficacia de la propia conducta • Hipervigilante ante los sentimientos e intenciones de los demás, especialmente los indicios de rechazo o desaprobación • Preocupación excesiva por la crítica, la evaluación negativa y el temor al rechazo social • Búsqueda de aprobación por parte de los demás • Baja autoestima al devaluar sus logros y enfatizar sus fracasos • Mayor conciencia de sí mismo, especialmente de aspectos internos como la tensión, el temblor o la torpeza • Atención selectiva hacia las señales socialmente amenazantes y hacia aspectos negativos de la propia actuación • Fantasías negativas que producen ansiedad de anticipación • Patrón patológico de la atribución de las causas de los éxitos y fracasos sociales • Percepción de falta de control sobre la propia conducta • Sensación de ser inferiores o menos capaces que los demás • Preocupados por parecer sumisos, torpes e incompetentes a nivel social • Preocupación excesiva por hacer el ridículo • Preocupación por las situaciones embarazosas • Reacios a involucrarse en riesgos personales • Sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de sucesos sociales desagradables • Exageran los riesgos asociados a nuevas actividades • Bloquearse o quedarse en blanco

(continúa)

Tabla 4. Características conductuales, cognitivas, fisiológicas y emocionales de la fobia social (continuación)

Aspectos fisiológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Palpitaciones • Temblores (manos y piernas especialmente) • Tensión muscular • Rubor facial • Sudor • Náuseas • Alteración de la respiración • Sensación de vacío o un pellizco en el estómago • Boca seca • Escalofríos • Manos frías y pegajosas • Sensación de hormigueo o entumecimiento
Aspectos emocionales	<ul style="list-style-type: none"> • Temerosos y ansiosos ante situaciones novedosas y personas poco conocidas • Hipersensibilidad al rechazo, la desaprobación y la crítica • Sentimientos de inadecuación social y personal • Sensación de angustia • Soledad y tristeza • Sensaciones de vacío • Labilidad emocional • Baja tolerancia al dolor físico y psicológico • Despersonalización

3.2. Aspectos cognitivos

Si atendemos a un modelo de procesamiento de la información compuesto por procesos de entrada, procesamiento (o transformación) y salida de la información, podría afirmarse que quienes sufren un TAS parecen tener problemas importantes en cada una de las fases o procesos de este modelo. Respecto a la fase de entrada de la información (en la que se incluirían principalmente los procesos de atención y percepción), según Hope, Rapee, Heimberg y Dombeck (1990), las personas con TAS tienen un sesgo para atender a la información relacionada con el fracaso social (p. ej., las deficiencias conductuales y el malestar subjetivo) y parecen guiarse más por sus creencias preconcebidas (relacionadas con la incompetencia, el ridículo, la aprobación) que por la retroalimentación sobre su actuación real en una situación concreta (Alden y Wallace, 1995). Un tema que parece estar en auge en los últimos años, corresponde a las capacidades de los individuos con un TAS para atender e interpretar adecuadamente las expresiones faciales (de alegría, ira, miedo y tristeza) de los demás en las situaciones sociales (p. ej., Horley *et al.*, 2004; Hunter *et al.*, 2009; Joormann y Gotlib, 2006; Leber *et al.*, 2009). No obstante, hasta el momento no se tienen datos concluyentes.

Voncken y Bögels (2008) mostraron que existe un sesgo en la percepción de sí mismo en situaciones sociales interactivas y de actuación por parte de los individuos con fobia social. Para esto, formaron dos grupos, uno con fobia social ($n= 48$) y otro sin el trastorno ($n= 27$), y les pidieron que evaluaran su propio desempeño durante una conversación (situación interactiva) y una charla formal (situación de actuación). Estas evaluaciones fueron comparadas entre ambos grupos y con la realizada por observadores externos. Los resultados confirmaron que aquellos que tienen fobia social tienden a calificarse mucho peor en su desempeño que los sujetos control y que su desempeño social “real” (valorada por los observadores) fue peor en la situación de interacción que en la de actuación. Estos datos sugieren, según los autores, que los sujetos con FS muestran más déficit en las habilidades interpersonales al enfrentarse a situaciones de interacción y un mayor sesgo cognitivo para las situaciones de actuación, que los sujetos normales.

En lo que respecta a la fase de procesamiento de la información, hay que señalar que las cogniciones de los sujetos con TAS tienen de base el miedo excesivo a la evaluación negativa y la crítica por parte de los demás, el posible rechazo y a hacer el ridículo. Uno de los estudios que respalda lo anterior es el de Ruiz, Caballo y Salazar (2008), que muestra que las preocupaciones de estos individuos están relacionadas con: 1) no caerle bien a la gente, 2) hablar en público, 3) decir algo inapropiado en situaciones de interacción, 4) no saber comportarse con desconocidos, 5) lo que los demás puedan pensar de ellos y 6) hacer el ridículo. En términos generales, se encuentra una evaluación de las situaciones sociales como amenazantes y su visión sobre ellas es catastrófica, con lo cual la anticipación y la sobrestimación de los resultados y de las consecuencias que tendrá en las situaciones son negativas.

Entre las hipótesis que se estudian actualmente está aquella que plantea que los individuos con ansiedad social tienen patrones muy elevados para juzgar su propia conducta, con lo cual sus expectativas de actuación son muy pobres (y su desempeño, en ocasiones, también) y que realizan más anticipaciones negativas sobre su conducta y los resultados que sujetos que no tienen fobia social y, al final, es posible que obtengan como resultado una baja tasa de refuerzos y una alta tasa de castigos para sí mismos.

La tercera fase del modelo incluiría aquellas frases o autoverbalizaciones que reflejan el producto de los pensamientos del sujeto sobre sí mismo y la situación. Con cierta frecuencia pueden identificarse los temores sociales al escucharles expresiones tales como “no voy a saber qué decir”, “no sabré qué hacer”, “¡qué tal que diga una tontería!” “me voy a quedar en blanco”, “voy a hacer el tonto”, “le pareceré aburrido”, “voy a quedar en ridículo”, “se van a reír de mí”, “se van a quedar mirándome”, “se van a dar cuenta de que estoy nervioso”, “no quiero que se den cuenta de lo mal

que lo estoy pasando”, “en cuanto abra la boca no querrán volver a estar cerca”, etc. Todas ellas relacionadas con el temor al ridículo, la evaluación negativa, el posible rechazo o que se den cuenta de los síntomas de ansiedad. En la tabla 4 se resumen algunos de los componentes cognitivos de la fobia social.

3.3. Aspectos fisiológicos y emocionales

Los individuos con TAS/FS experimentan alteraciones fisiológicas y emocionales al estar en la situación social en sí e incluso de forma anticipada al pensar que tendrán/tendrían que enfrentarla. Estos síntomas son similares a los de otros trastornos de ansiedad, que incluyen palpitaciones, sofocos, escalofríos, tensión muscular, náuseas, dolores abdominales (“el estómago revuelto”, “un pellizco en la boca del estómago”), boca seca, manos frías y pegajosas, sensación de hormigueo o entumecimiento, alteración de la respiración, entre otras (Barlow, Blanchard, Vermilyea, Vermilyea y DiNardo, 1986; Heimberg *et al.*, 1987; Liebowitz, Gorman, Fyer y Klein, 1985; OMS, 2000). Los sujetos con TAS parecen estar especialmente afectados por síntomas más visibles como sonrojarse, temblar y sudar y en los niños es común encontrar que “sienten que se les hace un nudo en la garganta”. Según la OMS (1992), las personas que padecen fobias sociales pueden experimentar urgencia por orinar o defecar. Quienes llegan a experimentar un ataque de pánico, posiblemente añadan entre sus síntomas la dificultad para respirar, la sensación de ahogo o dolor u opresión en el pecho. En la CIE-10 se señala, incluso, que las personas con fobias sociales llegan a considerar que estos síntomas secundarios suelen ser la causa del trastorno primario.

Estudios llevados a cabo por Lader y sus colaboradores (Lader, 1967; Lader y Mathews, 1970; Lader y Wing, 1966) encontraron que los sujetos con fobia social mostraban un estado crónico de sobreactivación comparable con el de los agorafóbicos y el de individuos con estados de ansiedad. Aunque Lader y Mathews adscriben un papel causal al elevado nivel de activación en el desarrollo de la fobia social, el elevado nivel de activación podría ser también una consecuencia de la fobia.

Estudios más recientes indican que la hiperactividad autónoma parece ser mayor entre quienes sufren una fobia social específica y se enfrentan a la situación temida (p. ej., exponer en público, hablar en una reunión) que entre quienes tienen una fobia social de tipo generalizado. En la tabla 4 se resumen algunos de los componentes fisiológicos y emocionales de la fobia social.

4. EPIDEMIOLOGÍA, EDAD DE INICIO Y CURSO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL O FOBIA SOCIAL

4.1. Epidemiología del trastorno

Un referente frecuentemente utilizado sobre la epidemiología del TAS/FS es el de la APA (1994, 2000), que informa que, en población general y en estudios epidemiológicos, la prevalencia de este trastorno, a lo largo de la vida, está entre el 3% y el 13%. Estos datos parecen ser confirmados por las últimas encuestas de salud mental (con población general) de distintos países (Kessler y Üstun, 2008). En los 15 países en los cuales se obtuvo información sobre la fobia social se encontró que la prevalencia a lo largo de la vida estaba entre 0,2% de Nigeria (Gureje *et al.*, 2008) y el 12,1% de Estados Unidos (Kessler *et al.*, 2008) y que, en los últimos 12 meses, también en estos países, la prevalencia oscilaba entre el 0,2% y el 6,8%, respectivamente.

Tomando en consideración el informe de cada país participante en estas encuestas mundiales, puede concluirse también que la fobia social está entre los trastornos mentales más comunes (de los evaluados) a lo largo de la vida y casi siempre después de los trastornos depresivos, la fobia específica y el abuso de alcohol. Concretamente, ocupa el cuarto lugar en Estados Unidos, lo mismo que en Italia (1,8%) (De Girolamo, Morosini, Gigantesco, Delmonte y Kessler, 2008) y en Nueva Zelanda (9,5%) (Oakley-Browne, Wells y Scott, 2008), el quinto lugar en Alemania (2,5%) (Alonso y Kessler, 2008) y en Colombia (5%) (Posada-Villa *et al.*, 2008). En Nigeria, ocupó el séptimo lugar (0,2%) (Gureje *et al.*, 2008) y en España el octavo lugar (1,2%) (Haro *et al.*, 2008). La ventaja de estos datos se debe a que pueden ser comparados, debido que se empleó el mismo instrumento, la versión 3.0 de la “Entrevista diagnóstica internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS)” (*World Health Organization [WHO] Composite International Diagnostic Interview [CIDI]*; WHO, 1990) y se consideraron los mismos criterios diagnósticos (los del DSM-IV y la CIE-10), a diferencia de lo que suele ocurrir con otros estudios, en los que no hay uniformidad en cuanto a los métodos de evaluación y los criterios para su identificación. En la tabla 5 se resumen los datos más relevantes sobre la prevalencia de la fobia social en cada país y según la edad obtenidos en las encuestas nacionales de salud.

Teniendo en cuenta el resto de la literatura científica, se observa también que Estados Unidos presenta históricamente las mayores tasas de prevalencia para la fobia social (ha llegado a ser hasta del 16,3%) en comparación con otros países. En Fehm, Pelissolo, Furmark y Wittchen (2005) pueden encontrarse datos concretos de distintos estudios de prevalencia de la fobia social, utilizando los

criterios del DSM-III-R y el DSM-IV, en 13 países de Europa. La media hallada en estos estudios a lo largo de la vida fue de 6,7% y en los últimos 12 meses de 2,0%. Es necesario indicar que no todos los estudios son susceptibles de comparación debido a las diferencias en los criterios diagnósticos, a los métodos de evaluación utilizados, al número y tipo de situaciones sociales evaluadas, al tiempo en que se mide la prevalencia y al método mismo de investigación (p. ej., forma de selección de los sujetos). De cualquier manera, el valor principal de esta revisión es que permite hacerse una idea sobre el estado de la fobia social en los distintos países.

4.1.1. Prevalencia de la fobia social según el sexo

Respecto a la distribución de la fobia social por sexo entre la población general adulta, hay que comentar que se observa una mayor tendencia de la presencia de este trastorno entre las mujeres (p. ej., Acarturk, de Graaf, van Straten, ten Have y Cuijpers, 2008; Bijl, Ravelli y van Zessen, 1998; DeWit *et al.*, 2005; ESEMEd/MHEDEA 2000 Investigators, 2004; Lee, Ng, Kwok y Tsang, 2009; Medina-Mora *et al.*, 2008; Merikangas, Avenevoli, Acharyya, Zhang y Angst, 2002; Stein, Walker y Forde, 1994; Wittchen, Stein y Kessler, 1999) y esto difiere de lo expresado por la OMS (1992) respecto a que “las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones que en mujeres” (p. 172). Se han encontrado menos estudios en los que se informa que las diferencias de sexo no son significativas (p. ej., Bourdon *et al.*, 1988; Lee, Lee y Kwok, 2005). Sin embargo, a nivel clínico parece que la distribución de la fobia social es similar en hombres y mujeres (p. ej., Herbert, Bellack y Hope, 1991; Holt, Heimberg y Hope 1992; Mattick, Peters y Clarke, 1989; Turk *et al.*, 1998; Turner, Beidel, Borden, Stanley y Jacob, 1991; Turner, Beidel y Townsley, 1992; Yonkers, Dyck y Keller, 2001). Entre las mujeres parece que el subtipo de fobia social más frecuente es el generalizado (p. ej., DeWit *et al.*, 2005; Wittchen *et al.*, 1999) y según algunas investigaciones (p. ej., DeWit *et al.*, 2005; Ruscio *et al.*, 2008; Wittchen *et al.*, 1999), es posible que ese subtipo se presente a edades más tempranas que la fobia social no generalizada.

Cuando se centra la mirada en los estudios con población general universitaria, se encuentran porcentajes mucho mayores de sujetos afectados por la fobia social y las diferencias entre hombres y mujeres no resultan significativas, aunque en todos los casos excepto en Eggleston, Woolaway-Bickel y Schmidt (2004) e Iancu *et al.* (2006), las mujeres obtienen puntuaciones mayores de ansiedad social que los hombres (tabla 6).

Tabla 5. Prevalencia de la fobia social según las últimas encuestas de salud mental de la OMS (resumido de Kessler y Üstün, 2008)

Región de la OMS	País	Prevalencia LV (%)	Prevalencia FS 12 m (%)	Rangos de edad (años)				p	Nº de trastornos evaluados	Lugar que ocupa	
				18-34	35-49	50-64	≥ 65			LV	12 m
América	Colombia	5,0	2,8	1,5	1,4	1,0 ^a	--	0,43	18	5	3
	Estados Unidos ^b	12,1	6,8	--	--	--	--	0,05	19	4	2
África	Líbano	1,9	1,1	8,3	4,3	2,9	1	<0,05	16	6	7
	Nigeria	0,2	0,2	0,2	0,3	0,0	0,0	0,07	18	8 ^c	4 ^c
	Sudáfrica	2,8	1,9	2,7	3,5	2,5	1,3	<0,05	10	5	4
	Alemania	2,5	1,4	-	-	-	-	--	15	5	3
Europa	Bélgica	2,0	1,1	2,2	3,1	1,9	0,3	0,001	13	7	4 ^c
	España	1,2	0,6	1,9	1,4	0,4	0,4	<0,05	14	8 ^c	4 ^c
	Francia	4,3	--	6,0	5,4	3,0	1,6	<0,05	13	6	--
	Holanda	2,6	1,3	3,4	2,7	2,6	0,7	<0,05	13	7 ^c	6 ^c
	Italia	1,8	1	2,4	2,0	2,1	0,6	<0,05	13	4	3
	Ucrania	2,6	1,5	4,2	2,9	1,9	0,3	<0,001	13	8 ^c	7 ^c
	China	0,5	0,3	0,8	0,4	0,4	0,1	<0,05	18	8 ^c	7 ^c
	Japón	--	0,5	--	--	--	--	--	14	--	6
Pacífico oeste	Nueva Zelanda	9,5	--	10,9	10,7	9,6	3,8	<0,001	13	4	--

Notas: FS= fobia social; LV= a lo largo de la vida; 12 m= en los últimos 12 meses. ^aRango de edad ≥ 50 años; ^blos rangos de edad utilizados para el análisis fueron distintos: 18-29 (13,6%), 30-44 (14,3%), 45-59 (12,4%) y ≥60 (6,6%); ^cLugar compartido con algún(os) otro(s) trastorno(s).

Tabla 6. Estudios de medición de la fobia social con población universitaria en diversos países

País	Fuente	N	Nº Facultades	Curso	Instrumentos para evaluar la fobia social	Criterios diagnósticos	Porcentaje (%) o media (M)			p
							Total	Hombre	Mujer	
Estados Unidos	Chavira, Stein y Malcarne (2002)	303	1 ^a	1º	SPS (Mattick y Clarke, 1998) y CIDI (WHO, 1997a)	--	--	--	--	
	Eggleston et al. (2004)	284	1 ^a	1º	SIAS	--	M=18,4	M=15,8	ns	
	Rounds, Beck y Grant (2007)	88	1 ^a	1º	SIAS (Mattick y Clarke, 1998) SPAI (Turner, Beidel et al., 1989) FNE (Watson y Friend, 1969)	Puntuación ≥34 en SIAS	45,5% M= 46,4	50,0%	--	
Canadá	Schmidt y Richey (2008)	120	1 ^a	1º	LSAS-SR (Liebowitz, 1987)	--	M=32,1	M=42,1	ns	
	Heiser, Turner, Beidel y Roberson-Nay (2009)	78	1 ^a	1º	CIDI v. 1.1(WHO, 1993) y ADIS-IV (Di Nardo, Brown y Barlow, 1995)	CIE-10 y DSM-IV	25,6% ^c	--	--	
	Purdon, Antony, Monteiro y Swinson (2001)	81	1 ^b	1º y 2º	SIAS y SPS (Mattick y Clarke, 1998)	Percentil 25 superior	18,5%	--	--	
Canadá	Stewart y Mandrusiak (2007)	clinica= 59	--	--	SPIN (Connor et al., 2000)	Puntuación ≥19	49,1%	50,0%	40,5%	
		no clinica= 119	1 ^a	1º			42,0%	36,7%	42,4%	

(Continúa)

Tabla 6. Estudios de medición de la fobia social con población universitaria en diversos países (continuación)

País	Fuente	N	Nº Facultades	Curso	Instrumentos para evaluar la fobia social	Criterios diagnósticos	Porcentaje (%) o media (M)			
Suecia	Tilfors y Furmark (2007)	523	3	4º	SPSQ (Furmark <i>et al.</i> , 1999), SIAS y SPS -versiones suecas-	DSM-IV y ≥ 3 situaciones fóbicas	16,1%	14,6%	16,8%	ns
Turquia	Izgit, Akyüz, Dogan Y Kugu (2004)	1003	9	1º, 2º, 3º y 4º	Escala de fobia social de la DIS-III-R (Robins, Helzer, Cottler y Golding, 1989)	DSM-III-R	9,6 ^c	9,4%	9,8%	ns
							7,9 ^d	7,1%	8,9%	ns
Nigeria	Bella y Ormigbodun (2009)	413	9	≥ 2º	CIDI (WHO, 1997a)	CIE-10 y DSM-IV	9,4 ^c	8,7%	10,1%	ns
							8,5 ^d	--	--	--
Australia	Wilson (2005)	666	1ª	1º	Mini-SPIN (Connor, Kobak, Churchill, Katelnick y Davidson, 2001)	Puntuación ≥ 6	30,0%	--	--	--
						Puntuación ≥ 7	18,3%	--	--	--
Israel	Iancu <i>et al.</i> (2006)	850	2	2º	LSAS -versión hebrea-	Puntuación ≥ 80	4,5%	M=29,3	M=28,7	ns
Japón	Hisamatsu, Hasegawa, Suga y Tsuboi (2003)	156	--	--	MINI	--	3,8%	--	--	--
					LSAS (Liebowitz, 1987)		M=53,3	--	--	--
					SPIN (Connor <i>et al.</i> , 2000)		M=34,5	--	--	--

Notas: ^a Psicología; ^b Ciencias sociales; ^c Fobia social a lo largo de la vida; ^d Fobia social en los últimos 12 meses. CIDI= Composite International Diagnostic Interview; SPS= Social Phobia Scale; DIS-III-R= Diagnostic Interview Schedule-III-Revised; SPSQ= Social Phobia Screening Questionnaire; SIAS= Social Interaction Anxiety Scale; SPAI= Social Phobia and Anxiety Inventory; CIDI-Auto= Composite International Diagnostic Interview-Automated; ADIS-IV= Anxiety Disorders Interview Schedule for DSMIV; Mini-SPIN= Abbreviated version of the Social Phobia Inventory; SPIN= Social Phobia Inventory; LSAS-SR= Liebowitz Social Anxiety Scale Self-Report Version. NS= no significativa.

4.1.2. *Diferencias de sexo en ansiedad social según las medidas de autoinforme*

Según las medidas de autoinforme utilizadas en distintos estudios, encontramos dos vertientes diferentes, una que apoya las diferencias entre hombres y mujeres y otra que apoya que tales diferencias no existen. Así, estudios realizados con población general y que apoyan el primer planteamiento, indican que las mujeres tienen mayores niveles de ansiedad social que los hombres. Este es el caso de los estudios que han utilizado el SPAI (Turner, Beidel *et al.*, 1989) (p. ej., Baños *et al.*, 2007; Caballo y Nobre, 2007), la LSAS-SR (Liebowitz, 1987) (p. ej., Gültekin y Dereboy, 2011) y la SPS (Mattick y Clarke, 1998) (p. ej., Hirai, Vernon, Clum y Skidmore, 2011; Olivares *et al.*, 2001) para evaluar la ansiedad social. Por otra parte, están los estudios con población general que señalan que las diferencias de sexo, en cuanto a la ansiedad social, no existen. Estas mediciones han sido realizadas con el SPAI (p. ej. Gillis, Haaga y Ford, 1995; Herbert *et al.*, 1991; Picon, Gauer, Hirakata *et al.*, 2005) y la SIAS (Mattick y Clarke, 1988, 1998) (p. ej., Hirai *et al.*, 2011; Olivares *et al.*, 2001), principalmente. En los estudios con población universitaria (tabla 6), como comentábamos antes, las diferencias tampoco parecen ser significativas aunque en todos los casos, las mujeres obtienen puntuaciones más altas que los hombres en las medidas de ansiedad social.

El panorama con la población clínica está menos claro, quizás porque existen menos estudios que analicen tales diferencias. Nuevamente encontramos que las posiciones parecen estar divididas. Por ejemplo, Baños *et al.* (2007), quienes evaluaron a los pacientes con el SPAI, informaron que no existían diferencias de sexo, mientras que Turk *et al.* (1998), que utilizaron la SPS y la SIAS para medir la ansiedad social, informaron que las diferencias si existen y que las mujeres presentan mayores puntuaciones en las medidas de autoinforme que los varones.

Con los niños y los adolescentes (entre 9 y 18 años) también encontramos posiciones distintas en cuanto a las diferencias de sexo para la ansiedad social. En estudios con muestras generales se ha encontrado que tales diferencias existen, pero otra vez vemos divisiones. Recientemente, Caballo, Arias *et al.* (2012) encontraron que las chicas puntuaban significativamente más alto que los chicos en cinco de las seis dimensiones de la ansiedad social que evalúa el “Cuestionario de ansiedad social para niños” (CASO-NIV”), así como también en la puntuación global del cuestionario. Cunha, Gouveia y Salvador (2008), quienes evaluaron con la “Escala de ansiedad social para adolescentes” (*Social Anxiety Scale for Adolescents, SAS-A*; La Greca y Lopez, 1998), informaron que las chicas puntuaban significativamente más alto que los chicos en ansiedad social. Sin embargo, en otro estudio (Cakin Memik *et al.*, 2010), también con la SAS-A, los chicos obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que las chicas (aunque no en la subescala de “Malestar y evitación social en general”). Por

otra parte, están los estudios que indican que las diferencias de sexo no son significativas. A este respecto, vemos que las mediciones de la ansiedad social fueron efectuadas con el SPAI (p. ej., García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2001) y la SAS-A (p. ej., García-López, *et al.*, 2001; Inglés, La Greca, Marzo, García-López y García-Fernández, 2010; Ranta, Junntila *et al.*, 2012; Zhou, Xu, Inglés, Hidalgo y La Greca, 2008). Sin embargo, aunque en la puntuación global del cuestionario no aparecen diferencias de sexo, sí las hay en las subescalas que forman el instrumento, como, por ejemplo, en la subescala de “Miedo a la evaluación negativa” de la SAS-A, en la que las chicas puntuaron significativamente más alto que los chicos (p. ej., García-López *et al.*, 2001) y en la subescala de “Malestar y evitación social en general”, también de la SAS-A, en la que los chicos tuvieron puntuaciones más altas que las chicas (p. ej., Ranta, Junntila *et al.*, 2012; Zhou *et al.*, 2008). Se ha encontrado también que las chicas puntúan significativamente más alto que los chicos en ambas subescalas de la SAS-A, pero no se observaban diferencias en la puntuación total (p. ej., Inglés *et al.*, 2010). Hasta aquí los datos con muestras generales. En lo que respecta a la población clínica infantojuvenil, no se encontró ningún estudio que mostrara si existían o no las diferencias de sexo.

4.1.3. *Diferencias de sexo con población general en cuanto a las situaciones sociales temidas*

Haciendo una revisión cronológica de las investigaciones sobre las diferencias de sexo en cuanto a las situaciones sociales temidas se encuentra que, en términos generales, las mujeres informan de un mayor número de situaciones temidas y de una mayor intensidad del miedo en comparación con los hombres. Stein *et al.* (1994) encuestaron por teléfono (utilizando un cuestionario *ad hoc*) a 526 canadienses (55,5% mujeres) sobre el nivel de nerviosismo o malestar que experimentan en situaciones sociales. De 519 que contestaron, el 60,9% informaba sentirse mucho más o algo más ansioso en al menos una de las siete situaciones sociales evaluadas y el 39,1% no informaba de ansiedad asociada con alguna de las situaciones. Las situaciones más temidas fueron: hablar en público (80,5%), tratar con personas con autoridad (7,9%), hablar a un pequeño grupo de personas conocidas (3,1%), hablar con extraños o conocer gente (2,8%). Las mujeres tenían un mayor nivel de ansiedad que los hombres (67,1% vs. 53,0%) en al menos una situación, $\chi^2 = 10,1$; $p < 0,0001$. Las situaciones más temidas por las mujeres fueron: hablar en público, hablar en frente de un pequeño grupo de personas conocidas, hablar con extraños o en una reunión con gente nueva y tratar con personas con autoridad. Por el contrario, no hubo diferencias de sexo en situaciones de actuación como escribir o comer en frente de otros y atender reuniones sociales.

Por su parte, Wittchen *et al.* (1999) en un estudio longitudinal, con 3021 sujetos (que cuando inició el estudio tenían entre 14 y 24 años), encontraron diferencias de sexo significativas en cuatro (de las seis) situaciones sociales evaluadas: comer o beber en público (6,4% mujeres y 2,4% hombres), escribir mientras alguien los observan (2,8% mujeres y 1,7% hombres), participar en eventos sociales (6,2% mujeres y 3,0% hombres) y hablar con otras personas (charla social) (8,5% mujeres y 4,2% hombres).

Dell'Osso *et al.* (2002, 2003) analizaron el continuo de la ansiedad social según el sexo en 520 estudiantes (de último curso) en varios institutos de enseñanza media, que tenían 18 años o más ($M= 18,6$ años). Los investigadores dividieron la muestra en tres grupos según las puntuaciones de ansiedad social (alta, media y baja) y encontraron que en el grupo con puntuaciones más altas, comparado con los otros dos grupos, había más mujeres que hombres, en una proporción de 4 a 1. Específicamente, de los cuatro dominios evaluados (aspectos de la ansiedad social en la infancia y la adolescencia, sensibilidad interpersonal, inhibición conductual y síntomas somáticos y fobias específicas), las diferencias significativas por sexo ocurrieron en sensibilidad interpersonal, siendo mayor el porcentaje de mujeres que de hombres en más de la mitad de los ítems que formaban este dominio. Estos resultados indicarían que las mujeres mostraban más hipersensibilidad a la crítica (sobre todo respecto a su apariencia física y su atractivo) a ser juzgadas (como torpes, tontas, ineptas, groseras o ridículas, por ejemplo) y al rechazo, experimentaban sentimientos de malestar o vergüenza por la posibilidad de ser el centro de atención (p. ej., por no ir vestidos adecuadamente) y tenían más dificultades para expresar sus sentimientos a alguien que les atraía o para ser asertivos (p. ej., rechazando a quien intenta ligar, expresando desacuerdo en una discusión).

En lo que respecta a las muestras clínicas, los resultados de los estudios no permiten llegar a una conclusión unificada sobre las diferencias de sexo en cuanto a las situaciones sociales temidas debido a que hay pruebas que apoyan la existencia de tales diferencias (p. ej., Pollard y Henderson, 1988; Turk *et al.*, 1998) y otras que dicen lo contrario (p. ej., Yonkers *et al.*, 2001). Según Pollard y Henderson (1988), la razón entre mujeres y hombres que cumplen con los criterios para la fobia social, según el DSM-III, es de 3 a 2. Los autores identificaron cuatro situaciones sociales temidas: hablar/actuar en público (20,6%), escribir frente a otros (2,8%), comer en restaurantes (1,2%) y usar baños públicos (0,2%). En cuanto a las diferencias de sexo, se halló que el miedo a comer en restaurantes y escribir en público era mayor en los hombres, mientras que usar baños públicos y hablar/actuar en público fue mayor en mujeres.

Turk *et al.* (1998), en una muestra de 212 pacientes con fobia social según el DSM-IV, encontraron que no había diferencias significativas en la prevalencia total según el sexo, ni en los

subtipos, ni en la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, del estado de ánimo o del trastorno de la personalidad por evitación. Los autores hicieron énfasis en que quizás algunas diferencias estarían en el grado de ansiedad más que en el tipo de situación social temida. Los autores mencionan que el nivel de temor es mucho mayor en mujeres que en hombres, en las siguientes situaciones: hablar a una persona con autoridad, actuar en frente de una audiencia, trabajar mientras lo observan, entrar en un salón cuando otros ya están sentados, ser el centro de atención, hablar en una reunión, expresar desacuerdo o desaprobación a personas que no conocen muy bien, dar un informe a un grupo y dar una fiesta; mientras que los hombres informan tener más miedo que las mujeres respecto a orinar en baños públicos y devolver productos a una tienda. Sin embargo, también hallaron que se comparten muchos miedos sociales, como situaciones de interacción informal (p. ej., participar en pequeños grupos, ir a una fiesta) o situaciones de observación (p. ej., hablar por teléfono o comer en público).

4.1.4. *Prevalencia de la fobia social según la edad*

Según la edad, en la mayoría de los países que participaron en las encuestas de salud mental a nivel mundial (Kessler y Üstun, 2008), la fobia social está significativamente más presente en los grupos de menor edad, sobre todo en el de 18 a 34 años.

Algunos datos históricos (Fehm, Beesdo, Jacobi y Fiedler, 2008; Furmark, 2002; Heimberg, Stein, Hiripi y Kessler, 2000; Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle y Kessler, 1996; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz y Weissman (1992) muestran esa misma tendencia a una mayor prevalencia de la fobia social a lo largo de la vida en las cohortes de individuos más jóvenes (entre 15 y 25 años) y la tendencia a disminuir a medida que aumenta la edad.

4.1.5. *Prevalencia de la fobia social en niños y adolescentes*

Los estudios muestran que las tasas de prevalencia del TAS van de un 3% a un 6,8% en muestras pediátricas de atención primaria. En muestras clínicas, el rango de prevalencia de fobia social en la infancia es muy amplio, está entre un 1,0% y un 40,0% (Chavira, Stein, Bailey y Stein, 2004; Hammerness *et al.*, 2008; Hoff, Hoeyera, Dyrborgb, Letha y Kendall, 2010; Kendall y Warman, 1996; Leyfer, Gallo, Cooper-Vince y Pincus, 2013; Pauschardt, Remschmidt y Matthejat, 2010; Southam-Gerow, Flannery-Schroeder y Kendall, 2003) y se le considera uno de los trastornos de

ansiedad infantil más comunes. En España, las cifras conocidas, con muestras clínicas de niños entre 6 y 17 años, corresponden al trastorno de evitación infantil y están entre un 1,2% y un 14,2% (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999; Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé, 1996; Taboada, Ezpeleta y de la Osa, 1998).

En diversos países se ha informado sobre la presencia de la fobia social entre la población general de niños y adolescentes, entre 9 y 17 años. Estas tasas van desde el 1,6% (en Alemania) hasta un 24% (en Finlandia). En Alemania se informa de cifras de 1,6% (Essau, Conradt y Petermann, 1999) y 4,0% (Wittchen *et al.*, 1999); en Noruega de 2,3% (van Roy, Kristensen, Groholt y Clench-Aas, 2009); en Turquía de 3,9% (Demir, Karacetin, Eralp-Demir y Uysal, 2013); en Suecia de 4,4% (Gren-Landell *et al.*, 2009) y en España las tasas están entre 7,1% y 8,2% (Canals, Hernández-Martínez, Cosi y Domènech, 2012; Olivares, Piqueras y Rosa-Alcázar, 2006). En Finlandia y EE.UU. se ha informado de tasas con un mayor rango de variabilidad. En Finlandia las cifras varían desde un 3,2%, pasando por un 8,7%, hasta alcanzar un 24,0% (Ranta, Junttila *et al.*, 2012; Ranta, Kaltiala-Heino, Pelkonen y Marttunen, 2009; Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen y Marttunen, 2012) y en EE.UU. van desde el 6,0% hasta el 70,6% (Beidel, Turner y Trager, 1994; Chapman, Petrie, Vines y Durrett, 2012).

Como puede verse, existe una variación amplia en las tasas de prevalencia. Esto puede deberse a cuestiones metodológicas, como quiénes son los informadores (los padres o los niños), las diferencias en las edades de los niños (y adolescentes) evaluados, los diferentes instrumentos de diagnóstico, así como la variabilidad en el umbral de deterioro que se utiliza para determinar un diagnóstico.

4.1.6. *Diferencias de sexo con población general de niños y adolescentes*

En las muestras infantojuveniles generales, la prevalencia de la fobia social según el sexo parece tener apoyo en dos sentidos. Por una parte, están los trabajos (de muy diversos países) que han hallado que las niñas experimentan significativamente más síntomas de ansiedad social o manifiestan un temor más intenso y frecuente que los niños (p. ej., Caballo, Arias *et al.*, 2012; Crocetti, Hale, Fermani, Raaijmakers y Meeus, 2009; Demir *et al.*, 2013; Essau, Olaya, Pasha, O'Callaghan y Bray, 2012; Essau, Sakano, Ishikawa y Sasagawa, 2004; Gren-Landell *et al.*, 2009; Ishikawa, Sato y Sasagawa, 2009; Isolan, Salum, Osowski, Amaro y Manfro, 2011; Linyan, Kai, Fang, Yi y Xueping, 2008; Spence, Barrett y Turner, 2003; Storch, Masia-Warner, Dent, Roberti y Fisher, 2004; Wittchen *et al.*, 1999; Zhao, Xing y Wang, 2012) y, por otra parte (aunque en menor cantidad), están

los que informan que tales diferencias no existen (p. ej., Ranta, Kaltiala-Heino, Pelkonen *et al.*, 2009; Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen *et al.*, 2009; van Roy *et al.*, 2009). No obstante, cabe señalar que, el estudio realizado por van Roy *et al.* (2009) se basa en entrevistas realizadas a los padres de niños entre 8 y 13 años y el de Ranta, Kaltiala-Heino, Pelkonen *et al.* (2009) fue realizado sólo con una muestra adolescentes entre 15 y 16 años.

4.2. Edad de inicio del trastorno de ansiedad social

Los estudios retrospectivos coinciden en que la media de la edad de inicio del TAS, entre las muestras de adultos, se ubica en la adolescencia y los primeros años de la edad adulta. Concretamente, se ha encontrado que el inicio está entre los 12 y los 18 años (p. ej., Beidel, 1998; Chartier, Walker y Stein, 2003; DeWit *et al.*, 2005; Eng, Heimberg, Coles, Schneier y Liebowitz, 2000; Faravelli, Zucchi, Viviani, Salmoria y Perone, 2000; Fehm *et al.*, 2008; Heimberg *et al.*, 2000; Kessler, Stang, Wittchen, Stein y Walters, 1999; Lampe, Slade, Issakidis y Andrews, 2003; Merikangas *et al.*, 2002; Schneier *et al.*, 1992; Wittchen *et al.*, 1999; Wittchen *et al.*, 2000; Yonkers *et al.*, 2001), con una edad media aproximada de 15 años. Sin embargo, otros autores afirman que el trastorno suele aparecer un poco más tarde, entre los 16 y los 20 años (p. ej., Acartuk *et al.*, 2008; Lee *et al.*, 2005). El estudio de Nelson *et al.* (2000) constituye una excepción ya que la media de edad de inicio fue de 10,8 años. Esta información es relevante porque también se ha informado que niños de tan sólo 6 años ya cumplen con los criterios diagnósticos para este trastorno (p. ej., Hammerness *et al.*, 2008).

Al parecer no existen diferencias en cuanto a la edad de inicio según el sexo, pero si hay pruebas que muestran una tendencia a que los sujetos con fobia social generalizada tienen una edad de inicio más temprana (p. ej., Chavira y Stein, 2005; Wittchen *et al.*, 1999). De cualquier manera, un problema importante respecto a estos trabajos es que se evalúa la aparición de las dificultades con base en el recuerdo de los sujetos y sus informes son susceptibles a las alteraciones que puede sufrir la memoria.

4.3. Curso del trastorno de ansiedad social

El TAS tiene un curso crónico, especialmente el subtipo generalizado, pues no cesa espontáneamente y remite sólo si se recibe tratamiento. Algunos estudios señalan medias elevadas

de la duración del trastorno. Por ejemplo, Acartuk *et al.* (2008) informan de una media de duración de 19,2 años.

La relevancia del TAS se mide por el impacto negativo en la calidad de vida de quien lo padece y en su insatisfacción o dificultades en distintas áreas vitales (p. ej., relaciones familiares y de pareja, relaciones sociales, cuestiones educativas o profesionales, estatus laboral y económico) (Brunello *et al.*, 2000; Davila y Beck, 2002, Fehm *et al.*, 2008; Kessler *et al.*, 1999; Lecrubier *et al.*, 2000; Lee *et al.*, 2005; Nardi, 2005; Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen *et al.*, 2009; Safren, Heimberg, Brown y Holle, 1997; Schneier *et al.*, 1994; Waghorn *et al.*, 2005; Weinstock, 1999; Wenzel, Graff-Dolezal, Macho y Brendle, 2005; Wittchen *et al.*, 2000). Como cabe esperar, aquellos que han tenido un inicio más temprano de la fobia social acusan peores consecuencias a nivel individual y social (Fehm *et al.*, 2008).

Quienes tienen un TAS tienden a permanecer más tiempo solos y a evitar cualquier tipo de interacción personal y de actuación frente a los demás, tienen menos éxito en iniciar y mantener relaciones románticas y de amistad; se sienten aislados y probablemente obtienen menos apoyo social en algún momento difícil en sus vidas, tienen dificultad para ampliar su formación profesional, tener un empleo, ser productivo y obtener buenos ingresos económicos (Caballo, 1995; Fehm *et al.*, 2008; Stein *et al.*, 1994; Wittchen *et al.*, 2000). Esto sucede principalmente con quienes tienen múltiples y generalizados miedos sociales (Ruscio *et al.*, 2008; Wittchen *et al.*, 1999). En suma, padecer un TAS en la edad adulta disminuye la productividad y reduce las oportunidades de mejorar los niveles de vida (Nardi, 2005; Waghorn *et al.*, 2005; Wittchen *et al.*, 2000).

Los niños y adolescentes con este trastorno pueden tener pocos amigos, una limitada participación en actividades fuera de casa, dificultad para asistir a la escuela (absentismo y deserción escolar) asociado con un bajo rendimiento académico, un menor apoyo social percibido, niveles mayores de afectividad negativa y pesimismo social y vulnerabilidad a enfermedades o quejas somáticas (van Roy *et al.*, 2009), en comparación con niños que no tienen TAS.

Quizás, entre los efectos personales más destacados haya que decir que la fobia social precede, en muchos casos, la aparición de otros trastornos mentales, como los trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad y los trastornos por abuso de alcohol (Chartier *et al.*, 2003; Dell'Osso *et al.*, 2002; Fehm *et al.*, 2008; Kessler *et al.*, 1999; Lampe *et al.*, 2003; Lecrubier *et al.*, 2000; Magee *et al.*, 1996; Merikangas *et al.*, 2002; Stein, 2008) y aumenta el riesgo de suicidio (Caballo y Turner, 1994; Davidson, Hughes, George y Blazer, 1993, 1994; Nelson *et al.*, 2000; Schneier *et al.*, 1992; Yonkers *et al.*, 2001).

Este tipo de consecuencias pueden observarse especialmente en quienes tienen múltiples miedos sociales (Ruscio *et al.*, 2008; Wittchen *et al.*, 1999). En un sentido más amplio, los problemas ocasionados por la fobia social pueden llegar a afectar a la salud pública, la economía y el desarrollo de un país. Esta situación se agrava debido a que pocas personas acuden a tratamiento y cuando lo hacen es, generalmente, por la comorbilidad con otro trastorno (Fehm *et al.*, 2008; Magee *et al.*, 1996; Merikangas *et al.*, 2002; Ruscio *et al.*, 2008; Schneier *et al.*, 1992; Wittchen *et al.*, 1999).

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL O FOBIA SOCIAL

5.1. Diagnóstico diferencial

Hay algunos trastornos físicos y mentales que son comórbidos o presentan síntomas compartidos con el TAS/FS. Sin embargo, realizar un diagnóstico diferencial en la mayoría de los casos no supone un problema grave. Respecto a los trastornos del eje II, es importante considerar que la fobia social generalizada y el *trastorno de la personalidad por evitación* (TPE) (siguiendo los criterios diagnósticos del DSM) presentan características que se superponen y aunque, en años anteriores (según el DSM-III), los casos de fobia social generalizada fueron clasificados únicamente como parte de los trastornos del eje II, en la actualidad (según el DSM-IV) son diagnósticos diferentes, si bien con un conjunto de síntomas similares que no justifica su condición de trastornos diferenciados. No obstante, el DSM-IV permite que se puedan realizar ambos diagnósticos. Así, estudios recientes (p. ej., Chambless, Fydrich y Rodebaugh, 2008; Cox, Pagura, Stein y Sareen, 2009; Reichborn-Kjennerud *et al.*, 2007) muestran que una cantidad significativa de pacientes con fobia social presentan también un diagnóstico de TPE y viceversa.

El *trastorno esquizoide de la personalidad* también puede diferenciarse de la fobia social debido a que los primeros presentan una falta de interés por las relaciones sociales en contraste con los individuos con fobia social que sí desean el contacto social y sentirse cómodos en estos contextos.

Entre los trastornos del eje I es importante hacer referencia al *trastorno por pánico (TP) con y sin agorafobia*. Los sujetos con fobia social pueden sufrir ataques de pánico en las situaciones sociales temidas; no obstante, la principal diferencia con la fobia social está en que quienes tienen TP sufren ataques que no se circunscriben únicamente a las situaciones sociales. La agorafobia, como conducta de evitación, puede hacer que ocurra un aislamiento social, pero se puede hacer un diagnóstico diferencial con base en la naturaleza del temor. En la agorafobia, la evitación se debe al temor a sufrir un ataque de pánico o a no poder escapar de una situación, mientras que en la fobia social la evitación se da por el temor a la evaluación negativa o al posible rechazo por parte de los demás en las situaciones sociales.

También es común hallar síntomas similares a los del TAS en otros trastornos psiquiátricos, como en la *depresión mayor* y la *distimia*, debido a que muchas veces los síntomas fóbicos, especialmente la evitación social, pueden ser una consecuencia más de la depresión. Si esto ocurre, y la fobia social no antecede a la depresión, no se debe realizar un diagnóstico de fobia social. Otro

caso es el de la *esquizofrenia*, pero para el diagnóstico diferencial se tendrá en cuenta que además de los síntomas fóbicos aparecen los síntomas psicóticos. Con los *trastornos alimentarios* es importante determinar si la ansiedad y la evitación social están relacionadas únicamente con los comportamientos anormales relacionados con la ingesta y el control del peso, con lo cual no se haría un diagnóstico de fobia social. Respecto al *trastorno obsesivo compulsivo* es importante señalar que se diferencia en que el centro de las obsesiones y las compulsiones no son únicamente los temores sociales y la evitación. En el caso del *trastorno dismórfico corporal* hay que identificar si los temores sociales son debidos a la opinión sobre la propia apariencia física o a un defecto físico imaginario y, en tal caso, no debe realizarse un diagnóstico de fobia social. Finalmente, no está indicado un diagnóstico de *trastorno por consumo de sustancias* cuando la fobia social se presenta de manera previa y el consumo de sustancias (psicoactivas o medicamentos) forma parte de las estrategias de afrontamiento empleadas por el individuo.

En cuanto a los *trastornos físicos* hay que señalar que no puede realizarse un diagnóstico de fobia social en los casos en que la presencia de una enfermedad física esté relacionada con las preocupaciones por atraer la atención de los demás y ser observado por sus síntomas, tal y como ocurre, por ejemplo, en la enfermedad de Parkinson, la obesidad, el acné, una mutilación o una desfiguración.

El diagnóstico de TAS/FS en la infancia y adolescencia puede confundirse, ocasionalmente, con las formas más leves de los *trastornos generalizados del desarrollo* (TGD). Estos trastornos (que incluyen tanto el autismo como el Asperger) se caracterizan por el deterioro en las relaciones sociales y por patrones repetitivos y estereotipados del comportamiento, de los intereses y de las actividades. Pese a ello, la diferenciación es clara, ya que mientras que un niño o adolescente con TAS/FS ha de demostrar que tiene la capacidad para mantener relaciones sociales con gente conocida o familiar, los niños y adolescentes con TGD presentan niveles diversos de deterioro neuropsicológico en su capacidad para adquirir y mejorar sus habilidades sociales básicas, que van desde su falta de habilidad para mantener una conversación simple hasta otras más complejas y abstractas como descifrar la comunicación no verbal, con lo cual sus interacciones sociales son muy deficitarias o nulas.

Otro trastorno frecuentemente asociado con la FS es el *mutismo selectivo*, que es un trastorno de la niñez caracterizado por un rechazo persistente a hablar en una o más situaciones sociales relevantes, a pesar de tener la capacidad de hablar y de comprender el lenguaje hablado. Algunos autores mantienen que es una variante extrema del TAS, donde el miedo y el pánico intensos pueden conducir a la incapacidad para hablar en ciertos acontecimientos sociales, o una condición

comórbida. Aunque parece existir una relación obvia entre el TAS y el mutismo selectivo, la naturaleza exacta de esta relación aún no se ha establecido. De hecho, como se dijo antes, se está considerando incluir el mutismo como parte del TAS en el DSM-5.

5.2. Comorbilidad de la fobia social

La fobia social tiene una alta comorbilidad con los trastornos depresivos, por consumo de alcohol y los trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno por pánico, agorafobia, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada). En la mayoría de los casos (excepto en la fobia específica), la fobia social antecede a estos trastornos y parece actuar como un factor de riesgo para su aparición, especialmente si la fobia social se ha iniciado antes de los 15 años (Lecrubier *et al.*, 2000). A continuación se presentan algunos de los trabajos que ilustran estas ideas.

Schneier *et al.* (1992) hallaron una comorbilidad de la fobia social con otros trastornos y estimaron el riesgo relativo (*odds ratio* [OR]) de que estos problemas ocurrieran si la fobia social estaba presente. Los trastornos más significativos ($p < 0,001$) fueron: la agorafobia (OR= 11,81), la fobia específica (OR= 9,44), el trastorno por somatización (OR= 8,02), la depresión mayor (OR= 4,41), el trastorno obsesivo compulsivo (OR= 4,36), la distimia (OR= 4,30) y el trastorno bipolar (OR= 4,09).

Los hallazgos de Magee *et al.* (1996) siguieron la misma línea, pues la fobia social tenía comorbilidad con todos los trastornos evaluados, siendo significativamente más alta con la depresión mayor (37,2%), la dependencia del alcohol (23,9%), la agorafobia (23,3%) y los ataques de pánico (20,7%).

También hay informes sobre la presentación comórbida de la fobia social con los trastornos del estado de ánimo, especialmente el trastorno depresivo mayor (OR= 2,9) y la distimia (2,7) (Kessler *et al.*, 1999). Nelson *et al.* (2000) informaron sobre resultados similares, al evaluar a 1344 mujeres gemelas y encontrar que el riesgo de comorbilidad de la fobia social con el trastorno depresivo mayor y la dependencia al alcohol era significativo (OR= 3,2 y OR= 2,1, respectivamente).

Faravelli *et al.* (2000) informaron de la condición comórbida ($p < 0,001$) de la fobia social con el trastorno por pánico (con y sin agorafobia) en el 50% de los casos, el trastorno de ansiedad generalizada (41,4%), el episodio depresivo mayor (40,0%), el trastorno obsesivo compulsivo (25,7%) y la agorafobia (15,7%). En la mayoría de los casos la fobia social antecede a todos estos trastornos.

Datos más recientes no muestran una variación significativa respecto a la comorbilidad de la fobia social. Fehm *et al.* (2008) informaron que los sujetos con fobia social en comparación con el grupo control (sin fobia social) tenían una mayor asociación con otros trastornos de ansiedad (OR= 22,2), especialmente con el trastorno obsesivo compulsivo (OR= 41,5), el trastorno de ansiedad generalizada (OR= 35,4), el trastorno por pánico (OR= 26,4) y la agorafobia sin pánico (OR= 20,7). Respecto a su comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo (OR= 19,7), su mayor asociación se presenta con la distimia (OR= 20,2) y la depresión mayor (OR= 15,9). Entre los trastornos por dependencia, se destaca la comorbilidad de la fobia social con la dependencia del alcohol (OR= 3,9).

Acarturk *et al.* (2008) hallaron que el 66,2% de los sujetos con fobia social tenía otro trastorno comórbido. La fobia social estaba fuertemente asociada (fiabilidad del 95%) con el trastorno obsesivo compulsivo (OR= 14,26), el trastorno bipolar (OR= 13,09), la agorafobia sin trastorno por pánico (OR= 12,76) y con trastorno por pánico (OR= 12,74).

Un estudio más concreto sobre la fobia social generalizada (Cox *et al.*, 2009) reveló que estos sujetos presentaban una mayor comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, especialmente con el trastorno depresivo mayor (53,6%), seguido por el abuso/dependencia de alcohol (43,3%), la fobia específica (37,0%) y el trastorno de ansiedad generalizada (23,5%).

En cuanto a la comorbilidad del TAS en niños y adolescentes, comentar que es similar a la que hay entre los adultos, pues se presenta con trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad y trastornos por abuso/dependencia de alcohol u otras sustancias tóxicas y en ocasiones que suele precederlos.

5.3. Fobia social, trastorno de la personalidad por evitación y timidez

Cuando hablamos de fobia social, de trastorno de la personalidad por evitación (TPE) o de timidez, ¿nos estamos refiriendo a aspectos del mismo constructo? Algunos autores han intentado distinguir el TPE de la fobia social. Nuestra impresión es que ese intento puede haber tenido éxito cuando únicamente se consideraba la fobia social discreta, es decir, que se limitaba el temor del individuo a una sola situación social (p. ej., APA, 1980). De esta forma, no sería difícil encontrar diferencias entre la fobia social discreta y el TPE (Marks, 1985; Turner, Beidel, Dancu y Keys, 1989). No obstante, los intentos por diferenciar la fobia social generalizada del TPE han fracasado y han provocado una verdadera confusión entre ambos. Aparentemente sería redundante añadir a la fobia social generalizada el diagnóstico de TPE (Caballo, Bautista, López-Gollonet y Prieto, 2009).

Diferencias similares a las encontradas entre la fobia social discreta y el TPE podrían hallarse también entre este subtipo de fobia social y la fobia social generalizada, aunque esas posibles diferencias pueden ser pequeñas cuando se evalúa a todos los sujetos en la situación-problema (Caballo y Turner, 1994). Herbert, Hope y Bellack (1992) afirmaron que la fobia social generalizada y el TPE son variaciones cuantitativamente diferentes del mismo espectro de psicopatología, en vez de trastornos cualitativamente distintos, tras evaluar a 23 sujetos que cumplían con los criterios para ambos diagnósticos. A este respecto, podría señalarse que hay poca validez discriminativa para esta categorización y parece poco lógico tener dos categorías nosológicas distintas que muestran la misma fenomenología y que, como señalan Herbert *et al.* (1992), responden más o menos a los mismos tratamientos, especialmente en ausencia de datos claros sobre las diferencias en la etiología o en el curso.

Es probable que la psicopatología en este ámbito varíe a lo largo de un continuo, desde la fobia social circunscrita hasta el TPE. Tanto los individuos con TPE como los que tienen fobia social están preocupados por las percepciones que los demás tengan de ellos, desean la aceptación de los demás, pueden sufrir deterioro laboral o social y están preocupados porque los demás descubran sus fallos. En el DSM-IV-TR, los criterios para la fobia social son similares a los criterios para el TPE. Si se consideran, además, las características asociadas, propuestas por el DSM-IV-TR, de la fobia social, características que incluyen la hipersensibilidad a la crítica, a la evaluación negativa o al rechazo, pocas habilidades sociales, señales observables de ansiedad y baja autoestima, el solapamiento de ambos trastornos es más que notable. Como señalaba Widiger (1992), “una persona que satisface los criterios de la fobia social generalizada y del TPE no sufre dos trastornos mentales comórbidos, sino simplemente un trastorno que satisface los criterios de dos diagnósticos diferentes” (p. 341).

La *timidez* sería otro constructo muy relacionado con el campo interpersonal que estamos considerando. Jones, Briggs y Smith (1985) la definen como malestar e inhibición en presencia de otras personas, mientras que Zimbardo (1977) la caracteriza como un estado de incomodidad causado por la expectativa de posibles consecuencias negativas en las relaciones con otros. Ese malestar e inhibición que se experimenta en presencia de otras personas refleja una tendencia o predisposición duradera y no simplemente una reacción ante algunas características temporales y específicas de la situación. La timidez, como rasgo, es la propensión a responder con una elevada ansiedad, una notable conciencia de sí mismo y retraimiento en una serie de contextos sociales; una persona con un rasgo elevado de timidez experimentará mayor activación que una persona con un rasgo bajo de timidez, independientemente del nivel de amenaza interpersonal de la situación. La ansiedad social parece correlacionar altamente con los concomitantes conductuales de la timidez.

Las definiciones de fobia social, TPE y timidez incluyen todas a la *vergüenza* y al *ridículo* como sentimientos asociados. Pero las diferentes tasas de prevalencia para la fobia social, el TPE y la timidez sugieren que no son el mismo concepto. Zimbardo hablaba de un 40% de personas de distintos países que se consideran tímidas (Zimbardo, 1977), mientras que las estimaciones de la prevalencia de la fobia social y del TPE son mucho más bajas. En un intento por diferenciar la timidez de la fobia social, Turner, Beidel y Townsley (1990) revisaron la literatura sobre timidez y concluyeron que, aunque hay similitudes somáticas y cognitivas entre los dos síndromes, existen también una serie de diferencias. Estos autores señalan algunas de las siguientes:

1. El grado de deterioro social y laboral en los sujetos con fobia social suele ser mucho mayor que en aquellos sujetos considerados tímidos. Puede ser que los individuos tímidos, aunque se encuentren incómodos en situaciones sociales, no estén tan perturbados hasta el punto en que su funcionamiento académico, social o laboral esté deteriorado (Turner y Beidel, 1989). Por consiguiente, el grado de deterioro puede ser una distinción importante entre la timidez y la fobia social.
2. La timidez suele tener un comienzo más temprano que la fobia social.
3. La fobia social es una condición crónica, mientras que la timidez podría ocurrir en épocas tempranas de la vida y luego desaparecer para muchos individuos.
4. La evitación suele asociarse mucho más con la fobia social que con la timidez y la gravedad de dicha evitación es mucho mayor en la fobia social que en la timidez.

6. ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL O FOBIA SOCIAL

A pesar de los avances producidos en el campo de la fobia social o trastorno de ansiedad social, todavía no se conocen claramente los factores etiológicos de este trastorno o las interrelaciones entre las variables individuales y del ambiente que llegan a producirlo. Cualquier explicación posible sobre el origen, desarrollo y mantenimiento del TAS/FS tiene, hoy en día, que relacionar inexcusablemente las variables biológicas, psicológicas y sociales implicadas en el trastorno, pero especialmente debe resaltar cómo el TAS es producto de las interacciones concretas entre dichas variables. Este supuesto de partida resulta importante para comprender cómo, por ejemplo, un individuo con un temperamento conductualmente inhibido o con alta sensibilidad a la ansiedad puede o no desarrollar un TAS, o cómo alguien que presenta escasas predisposiciones biológicas si podría hacerlo por la influencia de los factores ambientales y el aprendizaje. Este supuesto de la interacción entre las variables, también implica que los modelos unicausales, como por ejemplo, los centrados en aspectos cognitivos, resultan insuficientes para dar una explicación causal al TAS, aunque sí que ayuden a comprender el papel que juegan las cogniciones, sesgos e interpretaciones en el origen y el mantenimiento del trastorno.

Los dos modelos etiológicos integrativos del TAS que se han planteado hasta la fecha son el de Hofmann y Barlow (2002) y el de Kimbrel (2008). El primer modelo plantea una perspectiva evolutiva del comportamiento social del ser humano y lo compara, en cierta medida, con el de los animales. Resalta el valor del contacto ocular en las relaciones que se establecen dentro de los miembros de una especie y su importancia en el condicionamiento de los miedos sociales en el hombre. Explican cómo estos miedos sociales condicionados (por la asociación de las situaciones sociales con las “alarmas”), junto con la actividad cognitiva, hacen que se produzca una interferencia en la conducta social del individuo que padece un TAS. Asimismo, señalan una forma de desarrollo de la fobia social sin que medien las alarmas.

El modelo de Kimbrel (2008) es el más actual y se destaca por ilustrar cómo lo que podría denominarse “factores de vulnerabilidad” se convierten, bajo ciertas condiciones y circunstancias pero no en otras, en factores causales para la fobia social (generalizada). Este tipo de modelo puede ser de mucha utilidad en el ámbito clínico, puesto que puede orientar concretamente aquellos aspectos que debemos buscar en el momento actual y en la historia del individuo para poder comprender cómo llegó a producirse el trastorno y cuáles serían los elementos sobre los que debería intervenir en el presente para disminuir el problema y los efectos que ocasiona.

Antes de presentar los distintos modelos explicativos del TAS, mencionaremos brevemente algunas de las variables que se han estudiado para intentar dar respuesta a qué es lo que hace a alguien tan vulnerable a padecer una FS o un TAS.

6.1. Variables relacionadas con el origen del trastorno

6.1.1. Variables biológicas

Los trabajos de investigación con gemelos han mostrado una moderada influencia de la *genética* en el desarrollo de la fobia social. A este respecto, Kendler, Karkowski y Prescott (1999) evaluaron la historia de las fobias a lo largo de la vida en 1708 mujeres gemelas y hallaron que la heredabilidad de los miedos y la fobia social es de 51%. Más adelante, Nelson *et al.* (2000) también desarrollaron un estudio con mujeres gemelas ($n= 1344$; $M= 18,2$ años) y encontraron una fuerte correlación entre la vulnerabilidad biológica y la fobia social, la cual tuvo una heredabilidad de 28%. Stein, Jang y Livesley (2002) midieron la heredabilidad del miedo a la evaluación negativa en 437 parejas de gemelos (245 monocigóticos y 192 dicigóticos) y determinaron que era del 48%; así mismo hallaron una alta correlación genética ($r_g= 0,78$ a $0,80$) entre este temor, la sumisión, la ansiedad y la evitación social. Y, más recientemente, Reichborn-Kjennerud *et al.* (2007), en su trabajo con 1427 pares de mujeres gemelas de Noruega, mostraron que la heredabilidad de la fobia social ocurrió en el 39% de los casos.

Entre otras cuestiones biológicas que parecen contribuir a la fobia social está la *vulnerabilidad del sistema nervioso autónomo* (Lang y Stein, 2001; Merikangas *et al.*, 2002), pues según se informa existe una mayor labilidad de este sistema entre quienes tienen un mayor nivel de gravedad en el espectro de la ansiedad social. La elevada activación autónoma (el doble o el triple de los niveles de la línea base) de estas personas se manifiesta mediante síntomas como taquicardia, sudor y temblor cuando sienten que están bajo evaluación u observación. La hipótesis que se plantea es que esto se debe a una producción exagerada de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina, específicamente) en condiciones estresantes o al aumento de la sensibilidad ante la elevación normal de las catecolaminas en respuesta al estrés.

Otra variable biológica, nada despreciable, lo constituye el *temperamento*, concretamente la *inhibición conductual*. Se trata de un patrón conductual y emocional constante frente a situaciones, lugares, personas y objetos desconocidos o novedosos, caracterizado por la lejanía, la precaución, el

realizar pocos intentos de aproximación, el aislamiento, la quietud, las muestras de timidez y el permanecer callado (Beidel, 1998; Merikangas *et al.*, 2002; Neal, Edelmann y Glachan, 2002; Wittchen *et al.*, 1999). Este concepto también fue utilizado por Kagan y Snidman (1991), aunque lo denominaron “inhibición conductual ante lo no familiar” y, además de referirse al patrón conductual estereotipado de distanciamiento extremo, timidez y pasividad cuando se expone al niño a personas, objetos o situaciones no familiares, agregan que se caracteriza por cambios fisiológicos indicativos del aumento de la reactividad autónoma. Estos autores han especulado que la inhibición conductual puede estar relacionada con la hipersensibilidad de las áreas límbicas del cerebro, concretamente con el núcleo central de la amígdala, debido a una mayor densidad en las conexiones entre estas áreas y el córtex frontal derecho. En uno de sus trabajos, compararon la reacciones motoras y afectivas de tres grupos de infantes ($n= 81$) clasificados según el temperamento (reactividad negativa, reactividad positiva y poca reactividad) ante estímulos novedosos, a los 4, 9, 14 y 24 meses, registrando la actividad eléctrica cerebral (EEG). Sus resultados mostraron que el grupo de infantes de reactividad negativa (que mostraba una mayor cantidad de actividad motora, alto afecto negativo y bajo afecto positivo hacia los estímulos novedosos, tanto sociales como no sociales), tenía mayores respuestas de sobresalto y mayor reactividad del lóbulo frontal derecho a los 9 y a los 24 meses, así como una mayor inhibición conductual a los 14 meses, comparado con los otros dos grupos de temperamento.

Un cuarto aspecto biológico característico de los individuos con TAS es la *sensibilidad a la ansiedad* (Pollock *et al.* 2002), es decir, que con frecuencia realizan una interpretación inadecuada de sus sensaciones corporales, pues tienen la creencia de que las sensaciones de la ansiedad son indicativas de un daño fisiológico, psicológico o social (p. ej., un desmayo, un problema cardíaco, etc.).

Una cuestión interesante, en cuanto a una posible diferencia de sexo, en lo que respecta a la influencia de las variables biológicas *versus* las ambientales fue planteada por Kendler, Jacobson, Myers y Prescott (2002). En un estudio que realizaron con 3086 parejas de gemelos encontraron que la semejanza hallada entre los varones con fobia social era explicada por los factores genéticos, mientras que en el caso de las mujeres se explicaba mejor por factores del contexto familiar. A continuación se examinan ésta y otras variables ambientales y de aprendizaje.

6.1.2. *Variables ambientales y del contexto*

Entre los factores ambientales y del contexto que contribuyen a la aparición y mantenimiento de la fobia social se pueden mencionar largos períodos de separación de los padres durante la infancia o inicio de la adolescencia (Wittchen *et al.*, 1999), la pérdida de alguna relación cercana con un adulto (Chartier, Walker y Stein, 2001) sobre todo en el caso de los varones (DeWit *et al.*, 2005), la historia de psicopatología de los padres (Chartier *et al.*, 2001; DeWit *et al.*, 2005; Wittchen *et al.*, 1999) particularmente de ansiedad social (Fyer, Mannuzza, Chapman, Martin y Klein, 1995; Lieb *et al.*, 2000; Merikangas *et al.*, 2002) y el haber sufrido algún tipo de intimidación o abuso (p. ej., sexual, escolar, etc.) (Chartier *et al.*, 2001; DeWit *et al.*, 2005; Erath, Flanagan y Bierman, 2007; Magee, 1999).

De manera importante, entre las variables del contexto familiar que contribuyen al desarrollo de la fobia social, hay que señalar las características de los padres (p. ej., el que sean menos sociables, hipercríticos y otorguen mucha importancia e incluso se muestren estresados por las opiniones de los demás) y la forma de interacción con los hijos, sobre todo la presencia de los estilos de crianza caracterizados por un alto nivel de control y en los que se utiliza la vergüenza como un método de disciplina, así como el desarrollo de un apego inseguro durante los primeros años de vida (Cohn, 1990).

6.1.3. *El aprendizaje de los miedos sociales*

Si partimos de la base de que la fobia social forma parte del grupo de las fobias, también podríamos considerar los mecanismos normales de aprendizaje de los temores, como son el condicionamiento directo (clásico y operante), el condicionamiento vicario o por observación y la transmisión de información y/o de instrucciones, las “tres vías hacia el miedo”. Sin embargo, no es frecuente que un sujeto con fobia social describa un único suceso traumático como inicio de la fobia social y es incluso factible que no reconozca ninguno. Lo que sí sucede es que el miedo va aumentando gradualmente como resultado de repetidas experiencias productoras de temor o por medio del aprendizaje social. A veces esto ocurre en un momento de estrés o de elevada activación, cuando las respuestas de temor se aprenden fácilmente.

Una interpretación amplia de la *teoría de los dos factores de Mowrer* sirve para explicar la adquisición y el mantenimiento de las reacciones fóbicas. Los síntomas de la fobia social constituyen

una respuesta (de ansiedad) condicionada adquirida por medio de la asociación entre la situación social (originalmente “neutra”) que se convierte en fóbica (“condicionada”) y una experiencia aversiva (“incondicionada”). Una vez que se ha adquirido la fobia, la evitación de la situación fóbica reduce la ansiedad condicionada, reforzando consecuentemente la evitación. Esta evitación mantiene la ansiedad porque hace difícil aprender que el objeto o la situación temidos no son de hecho peligrosos o no tan peligrosos como piensa o anticipa la persona. Los pensamientos pueden servir también para mantener el temor, los pensamientos sobre síntomas somáticos, sobre las posibles consecuencias negativas de la actuación, etc.

Otra explicación sobre la adquisición de la fobia social a través de la exposición a situaciones sociales aversivas señala que, además de los patrones de respuesta emocional asociados con dichas situaciones y la consecuente producción de conductas dirigidas a disminuir de forma inmediata el malestar experimentado, está el hecho de que la situación social adquiere para la persona un valor informativo de gran relevancia. A partir del condicionamiento, a esa situación (o los elementos que forman parte de ella, como los gestos/expresiones de los demás) se la considera como un evento que predice, con gran fiabilidad, la aparición de otros elementos (p. ej., sentirse en la mira de los otros, recibir críticas o evaluaciones negativas, ser acosados, rechazados, ridiculizados o humillados, etc.) considerados como amenazas para la integridad personal y, por ello, prepara su organismo para la huida o la evitación. Dada la capacidad de generalizar los aprendizajes, las cogniciones relacionadas con la amenaza de sufrir alguna humillación, quedar en evidencia o ser rechazado, van configurando patrones de pensamiento y creencias desadaptativas, como la necesidad de ser aprobado y aceptado por los demás, que al estar automatizados no tienen la posibilidad de ser cuestionados por los individuos, dando por cerrado y definitivo el ciclo de pensamiento-conducta-emoción de una manera disfuncional. En suma, este proceso explica cómo los individuos con fobia social guían luego sus actuaciones (de carácter evitativo, sobre todo) a partir de las anticipaciones condicionadas y cómo ellas tienen un papel fundamental en el desarrollo de las reacciones fisiológicas y emocionales sin ni siquiera estar expuesto a la situación, ya que puede ocurrir sólo con imaginar/pensar (anticipar) que lo estará.

Otra explicación sobre el desarrollo de la fobia social toma en consideración el papel de la *transmisión de información y/o de instrucciones*, otro de los mecanismos habituales del aprendizaje de los miedos. Con frecuencia, y más en la infancia, se reciben mensajes relacionados con el control de la conducta social. Esto es habitual y necesario para el proceso de socialización. Sin embargo, en algunas ocasiones se ofrecen mensajes que tienen dos efectos; por una parte, inhiben comportamientos socialmente competentes y, por la otra, aumentan las creencias o pensamientos

distorsionados, como por ejemplo, la necesidad de aprobación o de caer bien a los demás, produciendo una preocupación excesiva hacia ello. Este mecanismo de aprendizaje ayuda en la explicación del trastorno y, sobre todo, de las diferencias asociadas al sexo en algunos ámbitos concretos. Considérese, por ejemplo, cómo en algunos países se valora positivamente que las mujeres tengan comportamientos de sumisión y que los hombres no expresen sus sentimientos y que se muestren un poco más agresivos en sus conductas. Por ello, en el primer caso, puede existir una tendencia a mantener de forma prolongada el trastorno, mientras que posiblemente los hombres (por la exigencia de su rol de género) estén más expuestos al castigo o la pérdida de refuerzos cuando evitan así como cuando expresan sus temores sociales y, de este modo, se vean más obligados a buscar ayuda terapéutica para solucionar su problema.

Finalmente, entre las formas de adquirir los temores sociales cabe mencionar el *condicionamiento vicario*. Según este paradigma, observar a los demás experimentar ansiedad en situaciones sociales puede conducir a que el observador tema esas situaciones sociales. Bruch, Heimberg, Berger y Collins (1989) encontraron que los padres de los sujetos con fobia social evitaban ellos mismos las situaciones sociales, aunque también se conoce que el porcentaje de sujetos que adquiere la fobia social por esta vía es bajo (alrededor del 12%) (p. ej., Öst y Hugdahl, 1981).

6.2. Modelos explicativos del trastorno de ansiedad social o fobia social

6.2.1. Modelo cognitivo de Beck y Emery

Beck y Emery (1985) desarrollaron un modelo cognitivo de la ansiedad y las fobias, incluida la fobia social. El concepto fundamental de este modelo son los “esquemas”, considerados como las estructuras cognitivas básicas que guían el procesamiento de la información. Los esquemas son un conjunto de reglas que clasifican, priorizan e interpretan la información de entrada y facilitan la recuperación de información de la memoria. Los esquemas se agrupan en “modos” para crear una forma cognitiva o un sesgo en el procesamiento de las situaciones. Según los autores, las personas con trastornos de ansiedad funcionan típicamente con el modo de *vulnerabilidad*, es decir, que ven el mundo como un lugar peligroso en el que constantemente deben vigilar las amenazas potenciales. Como resultado, las señales neutrales o ligeramente positivas son malinterpretadas negativamente, mientras que las señales positivas o de seguridad son descartadas o ignoradas. Los recuerdos de acontecimientos pasados o los recursos de afrontamiento disponibles también son subestimados o

se pasan por alto. Así, los esquemas se manifiestan en errores lógicos del pensamiento y se evidencian cuando la persona informa sobre sus pensamientos acerca de los estímulos que le provocan ansiedad.

Los sujetos con fobia social se muestran hipervigilantes ante señales que denotan la posibilidad de una evaluación negativa por parte de los demás. Estas señales pueden ser de la situación (p. ej., un comentario inesperado acerca de una presentación en clase o en una reunión de trabajo), interpersonales (p. ej., un compañero no responde el saludo) o internas (p. ej., temblores, ruborización, sudoración como señales de ansiedad que pueden ser visibles para otros o interferir con el comportamiento). En general, suelen prestar demasiada atención para detectar posibles amenazas sociales. La importancia que le dan a estas señales puede ser tan exagerada que un tartamudeo leve durante una conversación puede interpretarse como inadecuadas y rechazar una cita, lo cual favorece una existencia solitaria.

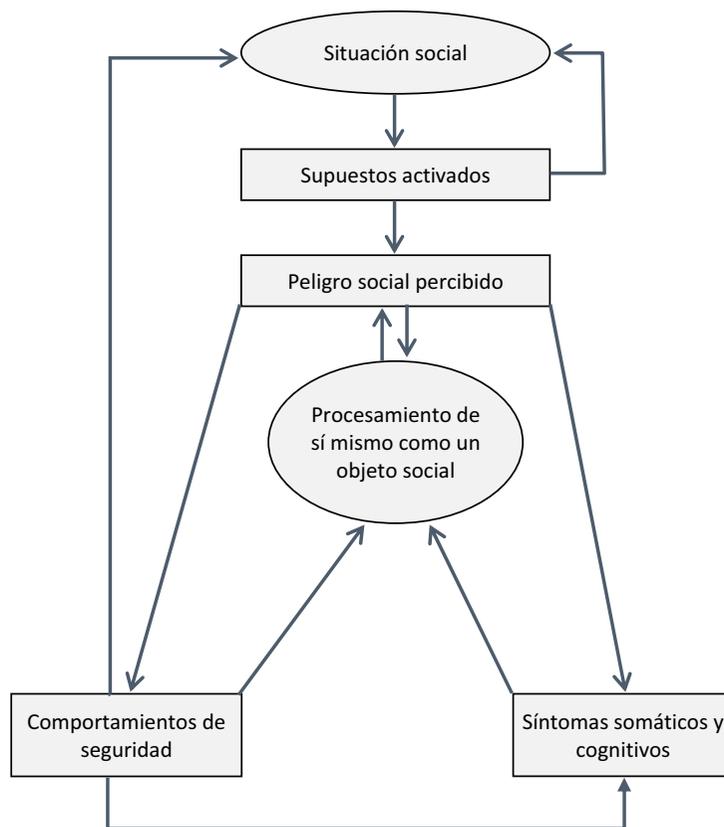
6.2.2. *Modelo cognitivo de Clark y Wells*

El modelo cognitivo de la fobia social de Clark y Well (1995) se divide en dos partes, una referida a lo que sucede cuando el individuo está en la situación social temida y otra a lo que sucede antes y después de enfrentarse a dicha situación. Este modelo enfatiza cómo el sujeto con fobia social centra su atención en sí mismo y cómo utiliza la información interna para construir una impresión distorsionada y negativa de sí mismo. Adicionalmente, señala que algunos fóbicos sociales procesan algunas señales externas, propias de la situación social, de una forma negativa (p. ej., tienden a fijarse y recordar las respuestas de los demás que pueden interpretar como señal de desaprobación).

La figura 1 ilustra cómo ocurre el procesamiento que realiza el individuo con fobia social durante las situaciones sociales. En este modelo se parte de la base de que el paciente tuvo experiencias tempranas en las cuales desarrolló una serie de *supuestos* acerca de sí mismo y su mundo social. Estas suposiciones pueden dividirse en tres categorías: 1) estándares excesivamente altos para el desempeño social (p. ej., “no debería mostrar ningún signo de debilidad”, “siempre debería mostrarme inteligente y fluido”, “sólo debería hablar cuando la otra persona hace una pausa”, “debería tener siempre algo interesante que decir”), 2) creencias condicionadas acerca de las consecuencias de actuar de cierta manera (p. ej., si estoy en desacuerdo con alguien, ellos pueden pensar que soy estúpido/me rechazarán”, “si mis manos tiemblan/si me ruborizo/o si

muestro otras señales de ansiedad, la gente pensará que soy incompetente/raro/estúpido”, “si estoy callado, las personas podrían pensar que soy aburrido”, “si la gente me conoce, no les gustaré”) y 3) creencias negativas no condicionadas acerca de sí mismo (p. ej., “soy raro/diferente”, “soy desagradable/inaceptable”, “soy aburrido”, “soy estúpido”).

Figura 1. Modelo del procesamiento cognitivo mientras el sujeto con fobia social enfrenta la situación temida (adaptado de Clark y Wells, 1995 tomado de Crozier y Alden, 2005, p. 195)



Cada supuesto lleva a la persona a valorar las situaciones sociales como peligrosas, a predecir que ellos no alcanzarán el nivel deseado de rendimiento (p. ej., “temblaré”, “haré el tonto”) y a interpretar las señales benignas o ambiguas como evaluación negativa por parte de otros. Una vez que la situación social es valorada de esta forma, se produce la ansiedad. Este círculo vicioso luego mantiene el malestar y dificulta poner a prueba las creencias negativas y las valoraciones.

El *procesamiento de sí mismo como un objeto social* se refiere a que los sujetos con fobia social centran su atención en el seguimiento y observación sí mismos (cuando en una situación social consideran que están en peligro de ser evaluados negativamente) y a partir de esta información interna infieren lo que otras personas podrían estar pensando acerca de ellos. De esta forma, quedan atrapados en un sistema cerrado en el que la mayoría de las pruebas de sus miedos es autogenerada y las pruebas que las contradecirían (como, por ejemplo, las respuestas de los demás) se hacen inaccesibles o son ignoradas.

Los *comportamientos de seguridad* son los que pone en marcha el sujeto para intentar prevenir o minimizar la “catástrofe” temida. Si al final lo temido no ocurre atribuyen que se debió a sus comportamientos de seguridad más que inferir que la situación es menos peligrosa de lo que pensaban. Hay que tener en cuenta que los comportamientos de seguridad no son sólo conductas explícitas; se trata también de procesos mentales (internos) (p. ej., memorizar y hacer seguimiento a lo que van a decir), que pueden variar según el nivel de temor en la situación fóbica (p. ej., si temen ruborizarse o sudar abren las ventanas del lugar, evitan tocar un tema que les parezca difícil en una conversación o evitan tener contacto ocular con el interlocutor), que pueden aumentar algunos de los síntomas que temen se presenten en la situación social (p. ej., sudar más por ponerse una chaqueta para intentar ocultar el sudor), que pueden tener como consecuencia un aumento de la atención y seguimiento de ellos mismos, que pueden atraer más la atención de los otros con estos comportamientos y, finalmente, que pueden influir en los demás de tal forma que se confirme su temor social.

Los individuos con fobia social están particularmente preocupados por sus *síntomas somáticos* y *cognitivos* y lo que otros puedan pensar al verlos (p. ej., sudando, con la cara sonrojada, temblando o quedándose en blanco) y los interpretan como las señales de amenaza o fracaso real para alcanzar sus patrones deseados de actuación social. Dado el significado que tienen la activación fisiológica y los síntomas cognitivos, los pacientes se vuelven hipervigilantes de estos y eso aumenta la intensidad subjetiva de los síntomas, lo que a su vez les conduce a realizar los comportamientos de seguridad que mencionábamos anteriormente.

En lo que respecta al procesamiento antes de enfrentar las situaciones sociales temidas, hay que señalar que muchos individuos con fobia social sufren un nivel considerable de ansiedad al anticiparlas. Antes del evento suelen revisar con detalle aquello que consideran que puede suceder; no obstante, este ejercicio está afectado por un sesgo al verse dominados por una serie de recuerdos de fracasos anteriores, imágenes negativas de sí mismos durante un evento y por otras predicciones de una actuación muy pobre o de rechazo. Estas rumiaciones pueden llevar, además de

un aumento de la ansiedad, a la evitación de la situación. Cuando finaliza la situación social o se escapan de ella, no siempre terminan de forma inmediata los pensamientos negativos y el malestar, sobre todo porque lo habitual es que continúen repasando con detalle la situación y cómo fue su actuación, siempre bajo el sesgo negativo de sí mismos.

6.2.3. *Modelo de ansiedad de Hofmann y Barlow*

Hofmann y Barlow (2002) son dos de los principales expositores de un modelo etiológico para los trastornos de ansiedad, que tiene en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales implicados en el trastorno. Estos autores sugirieron que los miedos sociales son el resultado de una predisposición biológica determinada para asociar el miedo con gestos de enfado, crítica o rechazo por parte de otros. Este condicionamiento sólo puede darse de forma directa, es decir, cuando la persona es objeto del enfado, la crítica o el rechazo y requiere del contacto ocular. En especies en las cuales los vínculos son estrechos, el contacto ocular puede ser aterrador hasta tal punto que puede utilizarse como una amenaza para un potencial depredador. Marks (1987) sugirió que en nuestra especie, el miedo a ser observado en un individuo con fobia social puede ser una exageración de la sensibilidad humana a la mirada.

Los sujetos con fobia experimentan verdaderas y falsas alarmas (o activación) y desarrollan ansiedad con respecto a la posible pérdida de control sobre sus emociones, con base en vulnerabilidades biológicas y psicológicas. Esta ansiedad se limita a la anticipación de la posibilidad de experimentar el miedo o la emoción intensa una vez más (ataque de pánico). Dentro de la fobia social se desarrolla una complicación adicional. Debido a la actividad cognitiva negativa (o preocupación) productora de activación, la atención del individuo se desvía de la tarea (en la situación social) que está realizando lo que ocasiona un deterioro de su actuación. Los individuos con fobia social presentan un sesgo atencional (basado en sus prejuicios) hacia la información socialmente amenazante.

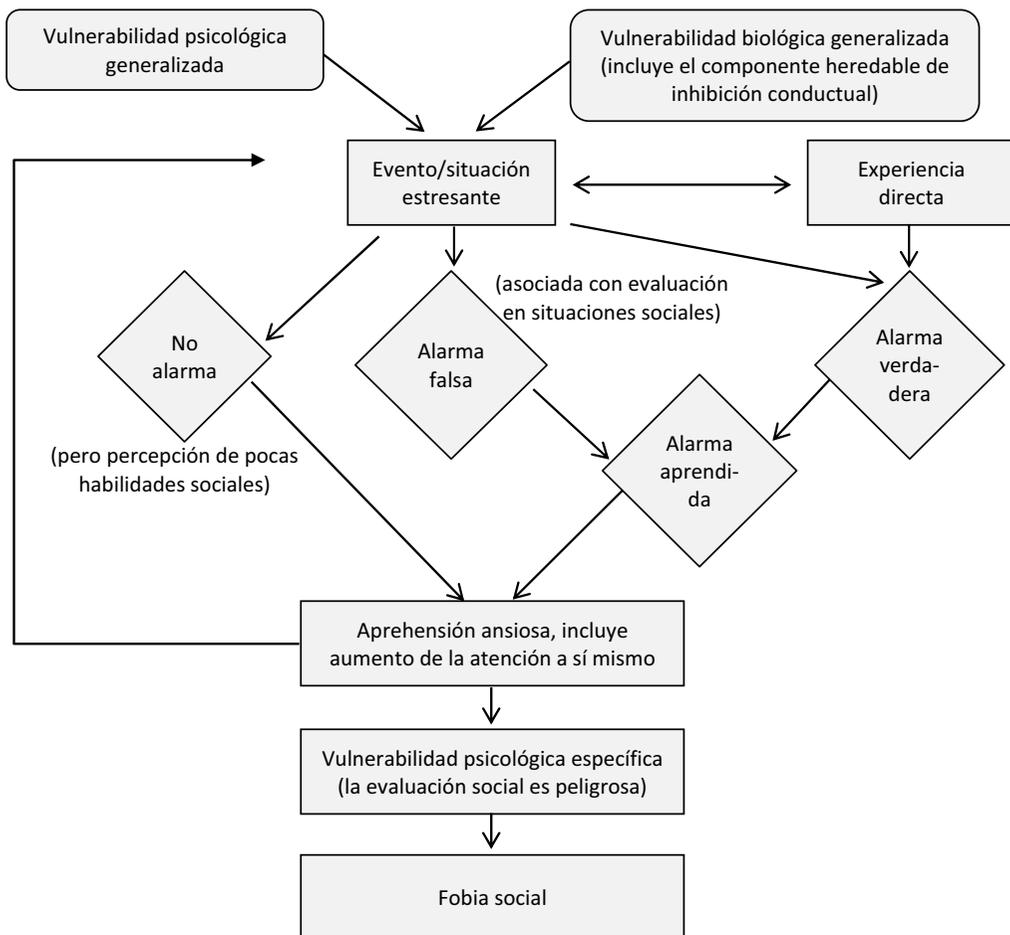
Por razones evolutivas, los seres humanos también somos muy sensibles a la ira, la crítica, u otras formas de desaprobación social (Öhman, 1986). Por consiguiente, puede esperarse que la mayoría de las personas padezcan algún(os) temor(es) social(es) en una u otra ocasión, especialmente en la adolescencia, pero pocos desarrollan fobia social. Según Hofmann y Barlow (2002), para que se produzca este trastorno, una persona tiene que ser biológica y psicológicamente vulnerable a la aprensión ansiosa (figura 2). Si esto es así, acontecimientos negativos de la vida relativamente

pequeños, que implican actuación o interacción social pueden conducir a la ansiedad, especialmente en el caso en que una alarma se encuentre asociada con estos acontecimientos sociales. Los autores señalan que en el caso de las fobias sociales no generalizadas (específicas o circunscritas) es más plausible que la vía de desarrollo del trastorno sea a través de las alarmas verdaderas (experiencias traumáticas condicionadas) y que el individuo muestre por ello una reacción de miedo (similar a la que presentan los individuos con fobias específicas), mientras que en las fobias sociales generalizadas se produce una reacción de ansiedad (que involucra sentimientos de vergüenza) ante alarmas falsas asociadas con situaciones de evaluación social. La tercera vía del desarrollo de la fobia social se basa probablemente en la característica específica y única de los déficit de actuación. Los individuos que experimentan ansiedad social pueden experimentar, en ocasiones, algunos déficit en la actuación durante una tarea (p. ej., déficit en sus habilidades sociales) sin encontrarse con una alarma, verdadera o falsa. Los déficit en una actuación pueden esperarse, entonces, de forma aprensiva en ocasiones futuras y llegado el momento, si la actuación resulta deficiente, se refuerza la aprensión ansiosa y se cierra el círculo vicioso, manteniéndose igualmente los déficit de actuación. Este proceso de ansiedad sin alarmas parece ser más probable que ocurra entre las personas con fobia social que entre aquellos con otros trastornos fóbicos. No obstante, según los autores, una gran parte de sujetos con fobia social informa de ataques de pánico, bien provocados por estímulos específicos (situaciones sociales) o sin estímulos específicos.

6.2.4. *Modelo integrador de Kimbrel*

Kimbrel (2008) propone un modelo del desarrollo y mantenimiento de la fobia social generalizada (FSG) que podría servir de base para las futuras investigaciones orientadas a establecer un marco ampliamente aceptado de la fobia social (figura 3). Dicho modelo se basa en la *teoría de la sensibilidad al refuerzo*, que postula que hay tres subsistemas del cerebro que subyacen a las diferencias individuales en personalidad, psicopatología y sensibilidad al refuerzo. Estos sistemas cerebrales se denominan *sistema de lucha-huida-inmovilidad (SLHI)*, *sistema de aproximación conductual (SAC)* y *sistema de inhibición conductual (SIC)* (véase Kimbrel [2008] para una explicación más detallada de los mismos). El modelo supone que hay diferentes vías para el desarrollo de la FSG, incluyendo factores de riesgo que aumentarían la probabilidad de que desarrollase una FSG y factores de protección que la disminuirían. Se tendrían en cuenta también tanto las causas distales (p. ej., los genes, las experiencias pasadas) como los proximales (p. ej., situación actual).

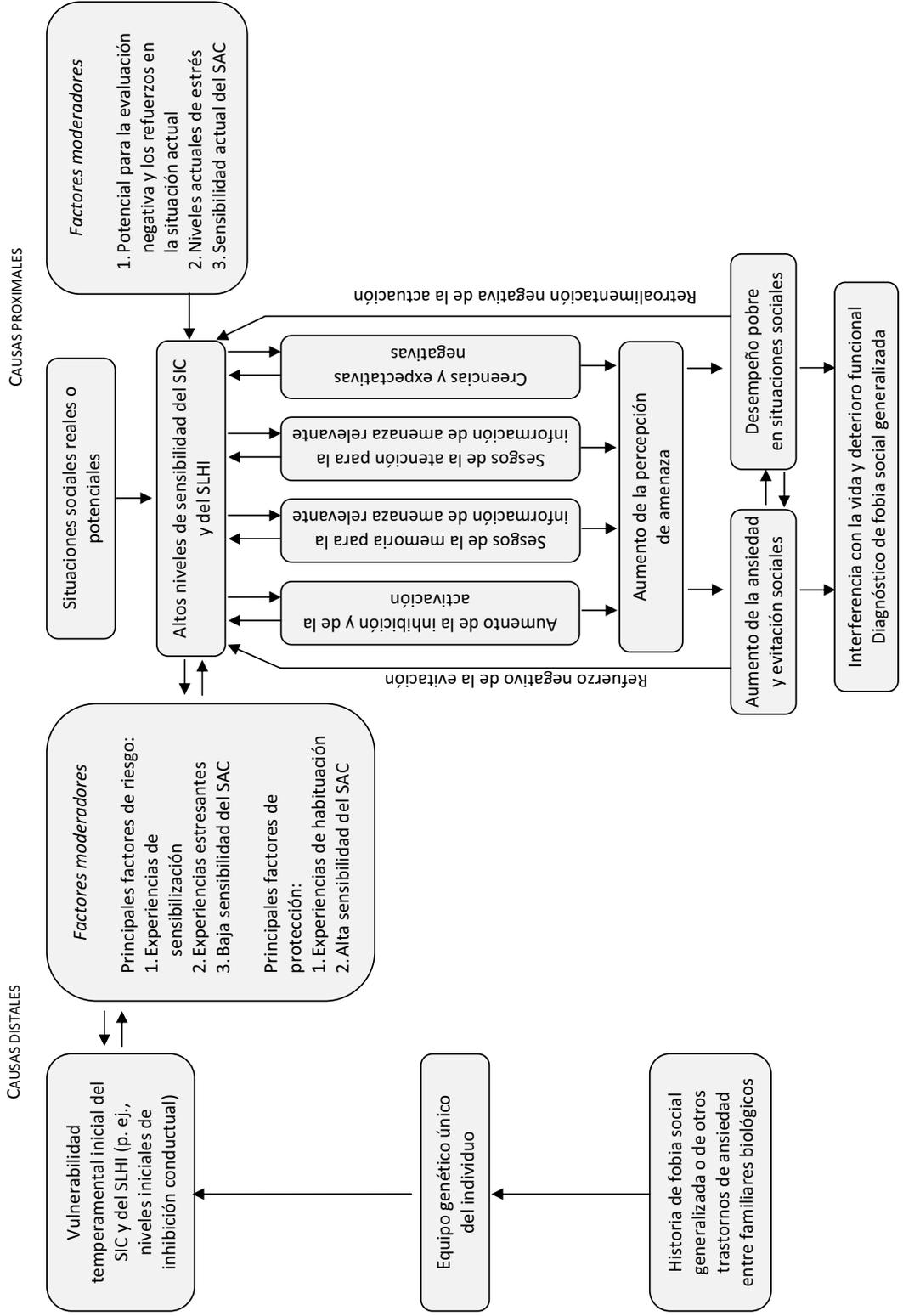
Figura 2. Modelo de la etiología de la fobia social (traducido de Hofmann y Barlow, 2002, p. 462)



Causas distales de la fobia social generalizada

- a) *Factores genéticos.* La vulnerabilidad inicial de una persona hacia la FSG es principalmente el resultado de influencias genéticas en el funcionamiento del SIC y del SLHI. Así, se supone que los individuos que poseen genes que conducen a un aumento de la reactividad del SIC y del SLHI tienen un mayor riesgo de desarrollar una FSG. Cuando son niños, sería de esperar que los sujetos que están predispuestos genéticamente a desarrollar elevados niveles de reactividad del SIC y del SLHI mostrasen altos niveles de inhibición conductual (IC) y timidez, mientras que cuando son adultos se esperaría que manifestaran elevados niveles de neuroticismo, ansiedad-rasgo y timidez.

Figura 3. Modelo del desarrollo y el mantenimiento de la fobia social generalizada (traducido de Kimbrel, 2008)



- b) *Temperamento.* Se supone que las influencias genéticas sobre la sensibilidad del SIC y del SLHI producirán diferencias temperamentales entre los niños. Se plantea que la IC es el rasgo temperamental de los primeros años que mejor refleja la elevada sensibilidad de estos dos sistemas. Así, los niños con una elevada IC tienen un alto riesgo de desarrollar una FSG. Por el contrario, los niños desinhibidos o con una baja IC tienen un riesgo bajo de desarrollar una FSG. Se plantea también que los individuos con elevada sensibilidad del SIC y del SLHI son especialmente vulnerables ante experiencias aversivas futuras, que deberían aumentar aún más su riesgo de desarrollar una FSG.
- c) *Experiencias de sensibilización y habituación social.* Las experiencias sociales de sensibilización (p. ej., abuso continuo durante la infancia) aumentan el riesgo de desarrollar una FSG al aumentar la sensibilidad del SLHI a los estímulos sociales (p. ej., los iguales). Por su parte, las experiencias sociales de habituación (p. ej., el componente de exposición de la terapia conductual) pueden producir una reducción de la ansiedad social a través de la disminución de la sensibilidad del SIC y del SLHI.
- d) *Experiencias estresantes.* La exposición a niveles elevados de estrés sería otra vía a través de la cual las experiencias ambientales podrían modificar las vulnerabilidades genéticas y temperamentales de la FSG. Parece que el SIC es muy vulnerable a los efectos del estrés, por lo que los individuos expuestos a elevados niveles de estrés se vuelven más vulnerables a los efectos de futuras experiencias sensibilizadoras y estresantes debido al aumento de la sensibilidad del SIC, por lo que incrementa su riesgo hacia la FSG.
- e) *Sensibilidad del SAC.* Aunque se supone que la hiperactividad del SIC y del SLHI constituye el principal sustrato neural que subyace a la FSG, Kimbrel (2008) plantea que la baja sensibilidad del SAC es un factor de riesgo temperamental añadido que aumenta el riesgo hacia la FSG al facilitar la actividad del SLHI. Por el contrario, se considera que una elevada sensibilidad del SAC es un factor protector en el desarrollo de la FSG porque es un antagonista de la actividad del SLHI.

Causas proximales de la fobia social generalizada

- a) *Variables situacionales.* Se supone que el nivel de ansiedad que experimenta una persona en una situación social determinada es, en parte, una función de las variables situacionales presentes. Así, por ejemplo, se supone que el grado de ansiedad que una persona experimenta en una

situación determinada se corresponde con: 1) su potencial de evaluación negativa y 2) su potencial de refuerzo.

- b) *Diferencias individuales en el procesamiento de la información y en la sensibilidad del SIC y del SLHI.* Mientras que las variables situacionales tienen un impacto sobre la expresión de la evitación y la ansiedad social en una situación determinada, se supone que las diferencias individuales en la sensibilidad del SIC y del SLHI ante las señales sociales son determinantes más potentes de la magnitud de la respuesta de una persona a situaciones sociales específicas. Esto se debe a que las personas con una elevada sensibilidad del SIC y del SLHI se supone que perciben las situaciones sociales nuevas o ambiguas como más amenazantes que los demás. Así, esos sujetos manifestarán un aumento de la inhibición y de la activación, un aumento de la atención hacia las amenazas potenciales y un aumento de las conductas evaluadoras del riesgo (p. ej., aumento de la atención hacia expresiones faciales de enfado) en esos tipos de situaciones.
- c) *Estímulos estresantes actuales.* La sensibilidad del SIC y del SLHI aumentará bajo condiciones de estrés. Así, bajo condiciones estresantes, es más probable que los sujetos con una FSG perciban las situaciones sociales como amenazantes y muestren, como consecuencia, un aumento de la evitación y la ansiedad social.
- d) *Factores de mantenimiento.* Se plantean tres procesos diferentes para el mantenimiento de la FSG. En primer lugar, se supone que el procesamiento sesgado de la información que tiene la gente con FSG cuando se enfrenta a situaciones sociales *reales* ocurre también cuando se enfrenta a situaciones sociales *potenciales*, de modo que es frecuente que las eviten si son percibidas como amenazantes (con lo que no se habitúa a los estímulos sociales). En segundo lugar, los comportamientos de evitación que realizan las personas con FSG son reforzados negativamente por la disminución de la ansiedad. De esta forma, se aumenta la probabilidad de futuras conductas de evitación debido a la reducción de la ansiedad que ha seguido a las conductas de evitación del pasado. En tercer lugar, es probable que la gente con FSG manifieste una pobre actuación en situaciones sociales y de evaluación como producto de un aumento de la ansiedad y de la atención hacia amenazas potenciales. Además, puede que la fobia social se encuentre asociada a déficit reales en habilidades sociales. En ambos casos, estos comportamientos sociales problemáticos podrían llevar a una retroalimentación negativa por parte de los demás y servirían para aumentar aún más los temores sociales de los individuos.

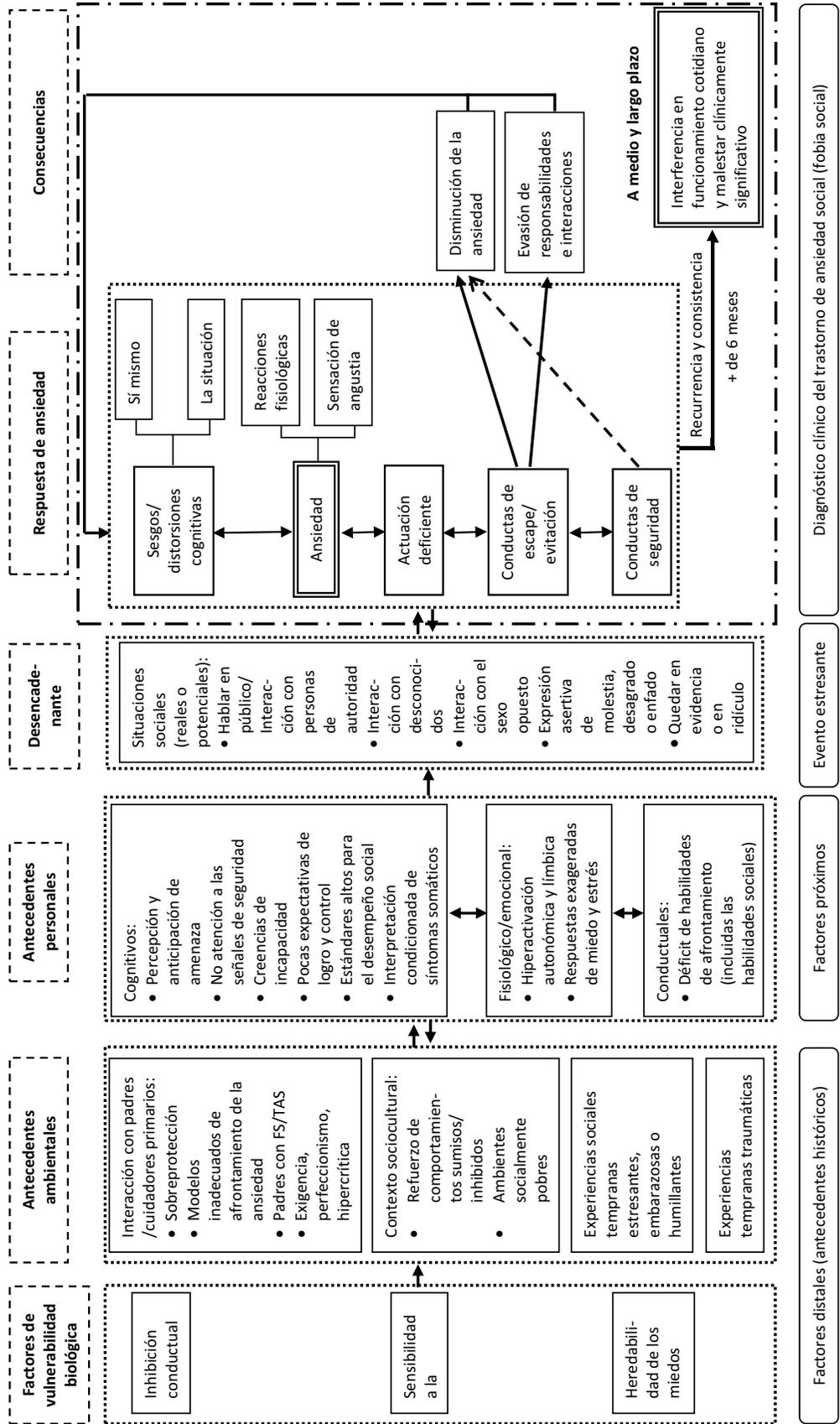
6.2.5. Propuesta de un nuevo modelo para el trastorno de ansiedad social

Tomando como referencia las principales aportaciones de los modelos sobre el TAS/FS, presentados anteriormente, hemos construido un nuevo modelo con el propósito de facilitar a los clínicos la elaboración de una explicación del problema de la ansiedad social al paciente (figura 4).

Las situaciones sociales estresantes actúan en el TAS como estímulos/situaciones *desencadenantes* de la respuesta de ansiedad. Aunque se han propuesto diversas formas de clasificación de las situaciones sociales, ninguna ha sido construida con una base empírica, a diferencia de la propuesta por nuestro equipo de investigación. Para los adultos, las principales dimensiones temidas se agrupan en: 1) Hablar en público/Interactuar con personas de autoridad, 2) Interactuar con desconocidos, 3) Interactuar con el sexo opuesto, 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado y 5) Quedar en evidencia o en ridículo (Caballo *et al.*, en evaluación; Caballo, Salazar, Arias *et al.*, 2010; Caballo, Salazar, Garrido *et al.*, 2012; Caballo, Salazar, Irujo *et al.*, 2012). Para los niños, además de estas dimensiones de la ansiedad social se ha descrito una sexta dimensión denominada “Actuar en público” (Caballo, Arias *et al.*, 2012) y que incluye situaciones más frecuente en estas edades, como cantar en público, bailar delante de gente, tocar un instrumento musical en público, etc. Cuanto más extendido o generalizado sea el temor en estas dimensiones posiblemente sea mayor (o peor) el impacto (o las consecuencias) y el malestar para la persona, pues, como se observa, cubriría distintos aspectos de la vida del sujeto.

Para comprender la *respuesta de ansiedad* en situaciones sociales, consideramos pertinente analizarla utilizando los tres sistemas de respuesta clásicos: el cognitivo, el fisiológico/emocional y el conductual. A nivel cognitivo aparecen los pensamientos automáticos que reflejan sesgos, distorsiones, ideas irracionales respecto a sí mismo, los demás y la(s) situación(es) social(es). El componente cognitivo es más evidente en adolescentes y adultos y menos en niños. A nivel fisiológico encontramos una activación del sistema autónomo, responsable de síntomas físicos característicos como las palpitaciones, el temblor, la sudoración, alteraciones en la respiración, el rubor facial, etc. y, una reactividad mayor del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, que explicaría, por ejemplo, las molestias gastrointestinales y otras reacciones propias del estrés. En los sujetos con fobia social específica parece haber una mayor activación autonómica (cuando se enfrentan a situaciones sociales concretas, sobretodo de actuación, como dar una charla, actuar, cantar, etc.) que en aquellos que tienen una fobia social de tipo generalizado. También se ha encontrado un aumento de la presión sanguínea en individuos con FS/TAS al hacer frente a estímulos sociales como exponer en público o interactuar con otras personas, debido, en parte, a la disfunción del eje

Figura 4. Un nuevo posible modelo explicativo del trastorno de ansiedad social (fobia social)



hipotalámico-hipofisario-adrenal (Roelofs *et al.*, 2009). A nivel emocional, el individuo refiere experimentar una sensación de angustia y agobio en tales situaciones. A nivel conductual cabe esperar una actuación deficiente (algunas veces por una falta o déficit de las habilidades necesarias para hacer frente a la situación y, en otras ocasiones, por la inhibición conductual), caracterizada por cierta torpeza, la aparición de tics (p. ej., parpadeo, muletillas), tartamudez y las conductas de escape y evitación de la situación (p. ej., hablar demasiado rápido para acabar pronto una exposición oral, utilizar una excusa para irse de una reunión, hacerse en la parte de atrás de una clase, etc.). Los sujetos con fobia social aprenden también a evitar las situaciones sociales, tanto de forma explícita como encubierta, así que estos aspectos también deben ser considerados en la formulación clínica del caso. Esta tendencia se explica también por una disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (Roelofs *et al.*, 2009) y por los sistemas de refuerzo del comportamiento. Por su parte, las conductas de seguridad (p. ej., ubicarse en la parte de atrás del lugar, abrir las ventanas, llevar un objeto, cruzar los brazos, hablar lo menos posible, etc.) se convierten en acciones que intentan controlar la ansiedad y algunos síntomas y que sean menos evidentes sus déficit conductuales.

Al analizar las *consecuencias* que siguen a las conductas de escape y evitación, se observa cómo se produce un efecto, casi inmediato, de reducción de la ansiedad y un refuerzo negativo de dichas conductas. Asimismo, se obtienen ganancias secundarias, como la evasión de responsabilidades (p. ej., se les exime de hacer exposiciones o informes orales) y de interacciones temidas (p. ej., consiguen que otras personas hablen en su nombre). A medio y largo plazo (más de seis meses), de mantenerse estas conductas no sólo se perpetuaría la ansiedad en las situaciones sociales, sino que sus efectos se reflejarían en cuestiones más amplias, como un bajo rendimiento en los contextos educativos y laborales, absentismo escolar/laboral, aislamiento social (con pérdida de oportunidades para hacer amigos o conseguir pareja) y un aumento del malestar debido a la incompetencia social, a la falta de refuerzo social y a la no consecución de sus objetivos profesionales.

Si la respuesta de ansiedad no se explica mejor por otro trastorno mental, por el efecto de una enfermedad o por el consumo de una sustancia (medicamentos o drogas ilegales) tendríamos, hasta aquí, todo lo necesario para hacer un diagnóstico clínico del TAS. No obstante, para comprender lo que ocurre con un paciente es necesario analizar los *factores antecedentes* de lo que hemos señalado como una fobia social. A diferencia del modelo de Kimbrel, este modelo no incluye factores protectores pues, como hemos señalado, está concebido principalmente para ser utilizado como una guía en la formulación de un caso clínico de TAS.

Los factores antecedentes pueden ser considerados como causales en la medida en que la interacción entre ellos ha llegado a producir el trastorno, algo que posiblemente nunca ocurriría de manera aislada, por cuestiones ya explicadas en el modelo de Kimbrel. Los factores antecedentes pueden ser considerados de forma próxima y distal y pueden ser del propio individuo así como ambientales. Los factores próximos, como lo indica la palabra, se refieren a aquellos que temporal y espacialmente están más cerca de la respuesta de ansiedad. A nivel personal (utilizando nuevamente los tres sistemas de respuesta), se identifican factores cognitivos, fisiológicos, emocionales y conductuales muy característicos de los sujetos que padecen un TAS y que se retroalimentan entre sí. Algunos de los factores cognitivos característicos de los sujetos con FS/TAS fueron ya mencionados por Clark y Wells. Fundamentalmente, encontramos un sesgo importante en la atención a las señales de amenaza (social), a la interpretación catastrófica de los síntomas físicos (y el significado social de mostrar “nerviosismo”), la anticipación negativa de su actuación y de las consecuencias sociales (p. ej., el rechazo, la valoración negativa por parte de otros, la desaprobación, el ser considerado incompetente/tonto/aburrido, etc.), el descartar o ignorar las señales de seguridad (p. ej., señales no verbales de retroalimentación positiva por parte del interlocutor o la audiencia), estándares elevados de autoexigencia (sobre todo respecto a cómo debería ser su desempeño social) y pocas expectativas de éxito y control de la situación. A nivel fisiológico, se observa un mayor nivel de activación del sistema autónomo, una disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y una hiperactividad de la amígdala (y del circuito del miedo), lo que se relaciona con las respuestas exageradas al estrés social. Este funcionamiento fisiológico fundamenta las respuestas emocionales de miedo y de estrés, que son más exageradas en un individuo fóbico. A nivel conductual, se ha encontrado cómo los déficit conductuales o la inhibición de las habilidades, tanto sociales (p. ej., no saber cómo iniciar y mantener una conversación, no saber cómo expresar sus puntos de vista de forma asertiva, no saber cómo expresar sentimientos positivos, etc.), como en general de afrontamiento (p. ej., para regular la ansiedad), aumentan los niveles de ansiedad en las situaciones sociales.

Los factores distales están relacionados con la historia personal del paciente e incluyen principalmente variables biológicas y de los contextos primarios (familia, escuela) que rodearon al individuo. El factor biológico está considerado como un elemento de vulnerabilidad para sufrir un TAS y su valor clínico es informativo. A este respecto, se podría indagar sobre la historia familiar que revele una posible heredabilidad del TAS y de los miedos en general (p. ej., si hay familiares en línea ascendente con trastornos de ansiedad), así como sobre los posibles comportamientos que durante los primeros años caracterizaron al individuo y que son propios del temperamento inhibido (p. ej., llanto, berrinche, negativa u otras conductas indicativas de malestar ante estímulos/situaciones

novedosos o el alejamiento de las figuras de apego, no establecer ni mantener el contacto visual, etc.) y la sensibilidad a la ansiedad (p. ej., mostrar temor cuando experimenta síntomas físicos, mostrar preocupación porque los demás se den cuenta de sus síntomas físicos o su nerviosismo). Además de los comportamientos, es importante conocer la forma en que estos fueron regulados por las contingencias ambientales, pues una sobreprotección por parte de los cuidadores primarios (padres, familiares) y las figuras más relevantes durante la infancia (p. ej., los profesores), así como una falta de exposición a situaciones sociales, pudieron incubar el miedo, principalmente por restringir las oportunidades de aprendizaje de las habilidades sociales y para la regulación emocional.

Otro aspecto que contribuye al desarrollo de la fobia social es el aprendizaje de los miedos y, al respecto, recordaremos las tres posibles vías de aprendizaje del miedo: el modelado, el condicionamiento directo y la instrucción. En el caso del TAS, los padres o figuras más importantes para el niño juegan un papel como modelos y el observar éste dichos comportamientos así como las consecuencias que tienen por ellos puede ser una fuente importante de aprendizaje de los miedos sociales. Además, los padres pueden modelar no sólo la respuesta de ansiedad social sino la forma en que se manejan tales situaciones sociales. El condicionamiento directo, en especial el operante, deja ver cómo las contingencias ambientales van perfilando las respuestas de ansiedad por el refuerzo negativo, pero también por el refuerzo positivo de conductas de sumisión e inhibición en algunos contextos socioculturales. El condicionamiento clásico posiblemente sea menos frecuente, pero puede ocurrir que a edades tempranas la persona tuviera experiencias estresantes, embarazosas o humillantes, por las que situaciones sociales originalmente “neutras” (p. ej., hablar en clase, exponer delante de otros, dar una opinión) se convirtieron en situaciones aversivas condicionadas mediante su asociación con experiencias aversivas incondicionadas (p. ej., ser criticado, humillado, recibir una regañina). Por último, la instrucción también se considera una forma de aprendizaje eficaz del miedo social y de las conductas sumisas cuando los padres o adultos del entorno utilizan mensajes sobre el comportamiento social (p. ej., “la vas a liar con lo que dices”, “no debes ir diciendo todo lo que piensas”, “no deberías pelear”, “que feo te ves cuando lloras”, “qué van a decir de ti si...”) o expresiones referidas al miedo de enfrentar situaciones sociales (p. ej., “lo de preguntar lo llevo muy mal”, “qué bochorno que me llamen la atención”, “qué mal lo paso si tengo que decir que no”, “¿y si lo que digo es una tontería?”).

Un último elemento, nada despreciable en el origen de la fobia social, lo constituyen las experiencias tempranas traumáticas (p. ej., maltrato infantil, abuso sexual, acoso) durante los

primeros años de vida, que actuarían de forma similar al condicionamiento clásico de los miedos sociales.

7. EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL O FOBIA SOCIAL

La evaluación psicológica tiene por objetivo reunir, de forma coherente y sistemática, toda la información sobre lo que le sucede al individuo con TAS/FS y concluir con un informe claro sobre cuáles son las situaciones sociales en las que aparecen las respuestas problemáticas (cogniciones, emociones y conductas), así como los factores personales y ambientales que las están manteniendo. En pocas palabras, el clínico debería poder hacer un análisis del caso, de tal forma que identifique las relaciones funcionales entre la conducta fóbica y sus consecuencias.

Como en cualquier otro proceso de atención psicológica, una entrevista clínica general que permita conocer el motivo de consulta, obtener un listado de los posibles problemas (quejas) que actualmente enfrenta el paciente a causa de sus déficit o que forman parte del trastorno psicológico (en este caso, de la fobia social), las principales áreas de la vida que están afectadas y, por supuesto, una revisión de algunas de las situaciones concretas para hacer los análisis funcionales iniciales, podrían ser un buen punto de partida. Es posible que resulte útil, según las hipótesis que vaya realizando el clínico con base en la información obtenida con el paciente, emplear otros métodos de evaluación como una entrevista diagnóstica (semi)estructurada, cuestionarios, autorregistros, etc.

7.1. Las entrevistas

La entrevista es uno de los métodos tradicionales para la evaluación de la ansiedad/fobia social y ha sido la técnica por excelencia. Básicamente, la información obtenida mediante la entrevista permite realizar un diagnóstico clínico y tener una visión más amplia sobre la situación actual e histórica del paciente, cuáles son sus temores sociales y el impacto que han tenido en su vida. Aunque, generalmente, los clínicos utilizan sus propias guías de entrevista, hay algunas que tienen una mayor difusión y ayudan al diagnóstico clínico, como es el caso de la “Entrevista diagnóstica” (*Diagnostic Interview Schedule*, DIS; Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981), la “Entrevista para la evaluación clínica en neuropsiquiatría” (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*, SCAN; WHO, 1994), la “Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV” (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*, SCID; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997), la “Entrevista diagnóstica internacional” (*Composite International Diagnostic Interview*, CIDI; WHO, 1990) y la “Entrevista para los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida, según el DSM-IV” (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version*, ADIS-IV-L; Di Nardo et al., 1994).

La DIS es una entrevista muy estructurada, cuya versión más actual es la IV e incluye los criterios diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10 (Robins, Marcus, Reich, Cunningham y Gallagher, 1996). Fue creada para ser utilizada en los estudios epidemiológicos a gran escala que realiza el Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU. (*National Institute of Mental Health, NIMH*), utilizando los criterios del DSM-III. La entrevista puede ser realizada por una persona entrenada distinta al clínico, pero es éste quien hace el diagnóstico (Blanchard y Brown, 1998). Las preguntas son cerradas y evalúan la frecuencia y gravedad de los síntomas, los períodos en que suceden los síntomas, si estos se produjeron en ausencia de circunstancias bajo las cuales serían parte de una respuesta emocional normal, si los síntomas se produjeron en ausencia de enfermedades físicas, condiciones u otros trastornos psiquiátricos que podrían explicarlos. La DIS-IV permite saber si los pacientes cumplen con los criterios para los trastornos en el último año, cuál ha sido su curso, el nivel de deterioro producido, la respuesta a los tratamientos recibidos. El tiempo de realización de la entrevista puede estar entre 45 y 75 minutos. La fiabilidad entre jueces (entrevistadores y psiquiatras) informada sobre la versión original fue $\geq 0,50$, pero tiene la limitación de que se realizó utilizando únicamente pacientes psiquiátricos (Blanchard y Brown, 1998). Los estudios que fueron hechos con poblaciones no clínicas tienen distintas metodologías y sistemas diagnósticos con lo cual no puede hacerse una interpretación clara sobre su fiabilidad. De la DIS-IV se ha informado que tiene unos niveles adecuados de fiabilidad (kappa), que para la fobia social fue de 0,56 (Robins *et al.*, 1996), pero tienen la limitación de haberse obtenido sólo con personas con trastornos por consumo de sustancias.

La SCAN es una entrevista semiestructurada utilizada por los clínicos (psiquiatras y psicólogos clínicos) para evaluar los síntomas y el curso de los trastornos psiquiátricos en adultos, entre los que se incluye la fobia social. La versión inicial incluía los criterios de la CIE-10 y el DSM-III, aunque la versión más actual tiene los criterios del DSM-IV. Esta entrevista fue creada con el propósito de ser utilizada para investigaciones a nivel mundial. El eje central de la SCAN es el "Examen de estado actual" (*Present State Examination, PSE*), que fue desarrollado y ha sido probado desde los años 50 mostrando una buena fiabilidad y validez y actualmente encuentra en la 10ª versión (PSE-10). Adicionalmente, la SCAN incluye un "Glosario de definiciones diferenciales" (*Glossary of Differential Definitions*), una "Lista de ítems agrupados" (*Item Group Checklist, IGC*) y una "Entrevista para la historia clínica" (*Clinical History Schedule, CHS*) (Sartorius y Janca, 1996). Según Aboraya, Tien, Stevenson y Crosby (1998), la SCAN fue desarrollada en el marco del "Proyecto de diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales, el alcohol y problemas relacionados", de la WHO y el NIMH (*NIMH Joint Project on Diagnosis and Classification of Mental Disorders, Alcohol and Related Problems*). El tiempo medio de duración de la SCAN es de 90 minutos.

Hoy en día, la DIS y la SCAN apenas se utilizan. La SCID, por su parte, es útil para realizar los diagnósticos de los trastornos del eje I del DSM-IV, entre los que se incluye la fobia social (dentro de los trastornos de ansiedad). La SCID tiene dos ventajas sobre las entrevistas anteriores. Una es que ha sido revisada varias veces debido a los cambios en los criterios diagnósticos y otra que se trata de una entrevista semiestructurada más flexible, en la que el entrevistador puede hacer sus propias preguntas, dar ejemplos, presentar situaciones hipotéticas y clarificar las inconsistencias. Esto último exige al entrevistador una amplia experiencia clínica y conocimientos sobre psicopatología y evaluación diagnóstica (Blanchard y Brown, 1998). La última versión es la SCID-IV, utilizada tanto en la clínica como en la investigación. En cuanto a sus propiedades psicométricas, Ventura, Liberman, Green, Shaner y Mintz (1998), citados por Tran y Smith (2004), afirman que la SCID-IV tiene una alta fiabilidad entre jueces para la evaluación de los trastornos. Sin embargo, Tran y Hagga (2002), citados por estos mismos autores, hallaron que el nivel de fiabilidad entre jueces para el apartado de la fobia social era aceptable ($\kappa = 0,60$). Es posible que su nivel de fiabilidad haya sido ese debido a que por la extensión de la entrevista han tenido que omitirse de la sección de la fobia social algunos aspectos importantes para realizar el diagnóstico.

Las dos entrevistas estructuradas que posiblemente estén usándose con más frecuencia en la actualidad, tanto en la clínica como en la investigación, son la CIDI y la ADIS-IV-L. La CIDI fue diseñada como una entrevista diagnóstica completamente estructurada y por módulos para realizar estudios epidemiológicos transculturales y estudios comparativos de psicopatología entre la población general. La CIDI permite medir la prevalencia, gravedad y carga de los trastornos mentales, la utilización de los servicios de salud, el uso de medicamentos para el tratamiento y evalúa quién ha sido tratado, quién no y cuáles son los impedimentos para el tratamiento. Una ventaja de esta entrevista es que los entrevistadores (que no tienen que ser necesariamente clínicos) pueden ser entrenados en cinco días y no requieren de experiencia profesional previa para realizar la codificación de las respuestas de los entrevistados para obtener un diagnóstico (Sartorius y Janca, 1996). Esta entrevista se creó a partir de la solicitud de la Organización Mundial de la Salud y el Equipo de Trabajo de Instrumentos de Evaluación Psiquiátrica de la Administración de Salud Mental, Alcohol y Abuso de Drogas de los EE.UU. (*World Health Organization/US Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration Task Force on Psychiatric Assessment Instruments*). Su versión inicial incluyó algunos ítems modificados de la DIS, los criterios diagnósticos del DSM-III y de la CIE-9 (Blanchard y Brown, 1998; Robins *et al.*, 1988), pero desde 1995 fueron incorporados los criterios del DSM-IV y de la CIE-10 (Sartorius y Janca, 1996). El tiempo de aplicación es de aproximadamente 90 minutos. La CIDI cuenta con varios estudios que apoyan su fiabilidad y señalan su importancia por la aplicación transcultural (Blanchard y Brown; Robins *et al.*, 1988). Sin embargo,

para la fobia social pueden encontrarse informes muy distintos sobre la fiabilidad, desde aceptable ($\kappa= 0,64$; Magee *et al.*, 1996) hasta deficiente ($\kappa= 0,35$; Ruscio *et al.*, 2008). La mayoría de los autores (p. ej., Ruscio *et al.*, 2008) utiliza el criterio de temer a ocho o más situaciones (de las 13 que evalúa la CIDI) para especificar el subtipo generalizado para la fobia social.

La ADIS-IV-L es muy utilizada para evaluar de forma amplia los trastornos de ansiedad, en el presente y a lo largo de la vida, aunque incluye también los trastornos del estado de ánimo, los trastornos psicóticos, por consumo de sustancias y los trastornos somatoformes. Dada su estructura, la ADIS-IV-L permite también realizar diagnósticos diferenciales y para el caso de la fobia social es especialmente importante debido a su comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, los del estado de ánimo y por consumo de sustancias. El carácter modular de la entrevista es otra ventaja para los clínicos, en la medida que ellos pueden decidir sobre los apartados que ven necesario utilizar. Teniendo presente que las preguntas de la entrevista sirven para evaluar si se cumplen o no los criterios diagnósticos y facilitar un diagnóstico diferencial, las primeras preguntas incluidas en un apartado denominado “preguntas iniciales” de la sección de la fobia social se refieren a: 1) si se experimenta temor, ansiedad o nerviosismo en situaciones sociales en las que puede ser observado o evaluado por otros o cuando conoce gente nueva, y 2) si se preocupa mucho por hacer o decir algo que le ponga en una situación embarazosa o humillante delante de otros o en la que los demás puedan pensar mal de él. Preguntas similares son utilizadas para explorar ese mismo temor en el pasado y de si ha habido épocas en la que no experimentaba esos miedos, con lo que se obtienen los primeros indicios acerca del curso y la duración del trastorno. Posteriormente, se presenta un listado de 12 posibles situaciones sociales (p. ej., asistir a fiestas, participar en una reunión o en clase, dar una charla formal, hablar con personas poco conocidas, comer/escribir en público, utilizar aseos públicos, quedar (citarse) con alguien, hablar con personas de autoridad, ser asertivo, iniciar/mantener una conversación) en las que se experimente ansiedad y se debe indicar (por separado) el nivel de miedo (o ansiedad) y de evitación de la situación, utilizando una escala Likert de 0 (ninguno) a 8 (muy grave). Al final de ese listado está la opción de incluir “otra” situación social que tema el entrevistado y puntuarla igual que las otras 12. El apartado que sigue a continuación, denominado “episodio actual”, permite explorar qué es lo que preocupa que ocurra en aquellas situaciones sociales descritas como las más graves, si la ansiedad aparece la mayoría de las veces que se enfrenta a dichas situaciones, si la experimenta de forma anticipada o *in situ*, cómo interfieren esos miedos con su vida, en su funcionamiento diario y cuánto malestar siente por tener esos temores. Luego está la sección de “episodios pasados”, que contiene la misma información que la sección descrita anteriormente, pero que se centra en indagar los periodos pasados de ansiedad social y que son distintos al episodio actual. Finalmente, está el apartado de “investigación”, que

permite recoger los principales síntomas de ansiedad que experimentan los sujetos con ansiedad social en las situaciones temidas (p. ej., palpitaciones, sudoración, temblores, falta de aliento o sensación de ahogo, sensación de atragantarse, opresión en el pecho, náuseas/molestias estomacales, escalofríos/sofoco/rubor, mareo/sensación de inestabilidad/desmayo, sensación de irrealidad, entumecimiento, miedo a morir/a volverse loco/a perder el control, tics). La gravedad de estos síntomas se puntúan utilizando una escala de 0 (ninguno) a 8 (muy grave). Al finalizar la entrevista, el clínico realiza la clasificación diagnóstica (utilizando los cinco ejes) del DSM-IV y asigna una puntuación a la gravedad de cada trastorno, teniendo en cuenta el nivel de interferencia/malestar asociado con el diagnóstico. Para esto utiliza una escala Likert de 0 (ninguno) a 8 (muy grave), considerándose que una puntuación de 4 o más indicaría la presencia del trastorno y que una puntuación de 3 o menos indicaría un diagnóstico subclínico, que sería, por ejemplo, en los casos en que se informe de miedo excesivo (de 4 o más) en las situaciones sociales pero que no se cumple con el criterio de interferencia/malestar. Esto permite establecer cuál es el diagnóstico principal y cuáles serían otros diagnósticos.

En suma, todo esto resulta de utilidad para el clínico, puesto que la entrevista no se limita a cuestiones diagnósticas, sino que indaga a cerca de la historia del problema, de los aspectos situacionales y cognitivos relacionados con la fobia social y, además de evaluar de manera dimensional el trastorno, permite conocer el deterioro ocasionado. Brown, DiNardo, Lehman y Campbell (2001) encontraron que la fiabilidad de la ADIS-VI-L para todas las categorías estaba entre aceptable y alta ($0,67 \leq \kappa \leq 0,86$) y, en particular, para la fobia social era aceptable ($\kappa = 0,77$). Por sus características, la ADIS-IV-L es considerada el “patrón tipo” (*gold standard*) o criterio para la evaluación de los trastornos de ansiedad.

Para la evaluación y el diagnóstico del TAS/FS en niños y adolescentes hay varias entrevistas diagnósticas cuyas versiones actuales han tomado como base los criterios del DSM-IV, entre ellas están la “Entrevista para los trastornos de ansiedad según el DSM-IV, versión para niños” (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, Child Version, ADIS-C*; Albano y Silverman, 1996), que es posiblemente la más utilizada y que, al igual que la versión para adultos, se le considera como el patrón tipo (*gold standard*), la “Entrevista diagnóstica para niños, del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), versión IV” (*National Institute of Mental Health (NIMH) the Diagnostic Interview Schedule for Children, Version IV, DISC-IV*; Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, 2000) y la “Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes” (*Diagnostic Interview for Children and Adolescents-IV, DICA-IV*; Reich, Welner y Herjanic, 1997).

La ADIS-C es una revisión de la “Entrevista de los trastornos de ansiedad para niños” (*Anxiety Disorders Interview Schedule for Children*, ADIS-C; Silverman y Nelles, 1988), la cual se creó a partir de la versión para adultos, la ADIS, pero a diferencia de ésta evalúa sólo el momento actual e incluye una entrevista para los niños y otra para los padres. La ADIS-C es una entrevista semiestructurada que permite realizar los diagnósticos clínicos (según los criterios del DSM-IV) y hacer los diagnósticos diferenciales de los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad por separación, fobia social, fobia específica, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés posttraumático/trastorno de estrés agudo), los trastornos del estado de ánimo (distimia y trastorno depresivo mayor) y trastornos exteriorizados (déficit de atención/trastorno de hiperactividad). Asimismo puede establecerse la asociación de los síntomas con el nivel de interferencia en el funcionamiento cotidiano del niño (escuela, amigos o relación con iguales, vida familiar, funciones vegetativas -comida, sueño, concentración, llanto, irritabilidad). Concretamente, la sección referida a la fobia social (trastorno de ansiedad social) incluye tres apartados: 1) “Preguntas iniciales” que se refieren a si siente preocupación por hacer algo estúpido o tonto cuando está en lugares como la escuela, un restaurante o en una fiesta, o que la gente pueda reírse de él o si, estando en esas situaciones con otras personas, le preocupa hacer o decir algo que le ponga en una situación embarazosa o humillante. 2) “Miedo y evitación”, donde se evalúan el miedo y la evitación de 22 situaciones sociales (p. ej., responder preguntas en clase, dar un informe o leer en frente de la clase, preguntar al profesor alguna duda o pedirle ayuda, invitar a un amigo a hacer cosas juntos, caminar por los pasillos o merodear por la taquilla, actuaciones musicales o deportivas, hablar con adultos –un dependiente, un camarero-, ir a fiestas, bailes o actividades nocturnas de la escuela, quedar (citarse) con alguien). En primer lugar, se le pregunta si se siente nervioso o temeroso la mayoría de las veces que está en cada una de esas situaciones; en segundo lugar, en aquellas a las que ha contestado que “sí” se le pide que evalúe el nivel de temor (usando el termómetro de los sentimientos, una escala Likert de 0 a 8) y, en tercer lugar, para las situaciones en que se puntúa 4 o más se le pregunta si evita o no tal situación. 3) “Interferencia”, en donde se le pregunta cuánto han afectado estos problemas a los distintos aspectos de su vida (sus cosas con los amigos, la escuela y en casa) o cuánto desearía poder parar todo esto y se le pide que puntúe usando en el termómetro de los sentimientos. El diagnóstico de fobia social se realizaría si cumple estos tres criterios: respondió “sí” a cualquiera de las preguntas iniciales, evita una o más situaciones y puntúa 4 o más en interferencia.

La ADIS-C también permite realizar una evaluación amplia de lo que le sucede al niño al incluir varias secciones sobre la historia escolar, los patrones de comportamiento problemáticos en la escuela, la relación funcional entre la evitación escolar y los problemas de ansiedad del niño, los

patrones de escape, evitación y búsqueda de seguridad, etc. Adicionalmente, para completar la entrevista se incluyen preguntas de cribado (pero no para el diagnóstico) sobre otros posibles trastornos en la infancia y la adolescencia, como el abuso de sustancias, la esquizofrenia, el mutismo selectivo, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos somatoformes (hipocondriasis y trastorno de somatización). La versión para padres de la ADIS-C incluye lo mismo que para los niños, aunque las preguntas suelen ser más detalladas en cuanto a la historia del problema y las consecuencias que ha traído para el niño. En la sección que cubre los trastornos exteriorizados incluye además preguntas sobre el trastorno de conducta, el trastorno negativista desafiante, enuresis y terrores nocturnos. Adicionalmente se incluyen una sección sobre la gravedad del diagnóstico y otra sobre información demográfica y familiar. Esta información obtenida con la ADIS-C suele ser de utilidad para el posterior tratamiento.

La DISC-IV es una entrevista diagnóstica estructurada diseñada para evaluar la presencia de 34 trastornos psiquiátricos en los últimos 12 meses y “actualmente” (las últimas cuatro semanas) en niños y adolescentes, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV, el DSM-III-R y la CIE-10. La entrevista puede ser pasada por personas que no necesariamente tienen formación específica en clínica, después de un período mínimo de entrenamiento. La DISC-IV incluye una versión para padres (de niños entre 8 y 15 años) y otra para los niños (entre 8 y 19 años) y, básicamente, reúne información sobre la presencia o ausencia de síntomas, sin incluir información contextual, a diferencia de la ADIS-C. La DISC-IV comienza con un módulo introductorio que presenta el objetivo de la entrevista, permite reunir información demográfica y prepara al entrevistado para el tipo de preguntas que se le harán. También se realiza una lista de los acontecimientos más importantes de su vida y se enfatiza en los del último año, explicando que a ellos se hará referencia durante la entrevista. La DISC-IV está organizada en seis secciones que evalúan la presencia de trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos perturbadores, trastorno por consumo de sustancias, esquizofrenia y una variedad de trastornos. Cada sección de diagnóstico está organizada de la misma manera y las preguntas se utilizan para evaluar si se cumplen los criterios (sintomáticos) para el diagnóstico. Si al menos la mitad de los criterios se cumplen, el entrevistador indaga acerca de la edad de inicio, el deterioro producido a partir de los síntomas en seis áreas (con padres/cuidadores, la participación en actividades familiares, con los iguales, el funcionamiento académico/ocupacional, la relación con profesores/jefes y el malestar atribuido a los síntomas) y los tratamientos recibidos, así como las expectativas de tratamiento. La escala original, la DISC, fue desarrollada para hacer estudios epidemiológicos con niños entre 6 y 18 años (Blanchard y Brown, 1998) y la DISC-IV incluye un módulo al final (opcional) que se utiliza sobre todo en estudios genéticos y sobre factores de riesgo para obtener información a lo largo de la vida. Este módulo

permite identificar si los diagnósticos que no han estado presentes en los últimos 12 meses han ocurrido entre los cinco años de edad y antes este último año.

La DICA-IV es una entrevista diagnóstica estructurada que evalúa la psicopatología infantojuvenil más común en niños y adolescentes (entre 8 y 17 años), utilizando los criterios del DSM-IV, aunque también es compatible con los del DSM-III-R y la CIE-10. La DICA-IV tiene tres versiones: DICA-C para niños entre 6-12 años, DICA-A para adolescentes entre 13-17 años y DICA-P que es para padres. La DICA-IV incluye un amplio rango de problemas, como trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención, trastorno negativista, trastorno depresivo mayor, manía-hipomanía, trastorno distímico, trastorno de ansiedad por separación, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la eliminación, abuso de sustancias e identidad de género. La DICA-IV incluye además una lista de "ítems críticos de Stein-Reich" (*Stein-Reich Critical Items*) para identificar las características de mayor riesgo mediante las respuestas que reflejan un comportamiento potencialmente peligroso (p. ej., ideación suicida, tendencias violentas, abuso de drogas). Los ítems críticos de Reich-Stein se distribuyen en seis categorías: trastorno de conducta, alcohol, drogas callejeras, marihuana, trastorno depresivo mayor y trastorno de estrés postraumático. La versión para padres contiene las mismas categorías que la versión para los hijos y añade dos áreas: embarazo/parto y desarrollo temprano. La versión española, la "Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes" (EDNA-IV) es una adaptación combinada de la DICA-IV y de la "Entrevista de evaluación de la genética para niños, de Missouri" (*Missouri Assessment of Genetics Interview for Children, MAGIC*) y hasta la fecha se conoce poco sobre sus propiedades psicométricas (p. ej., Sala, Granero y Ezpeleta, 2005) a diferencia de la versión anterior, la DICA-R (p. ej., de la Osa, Ezpeleta, Doménech, Navarro y Losilla, 1996; Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1997; Ezpeleta, de la Osa, Júdez *et al.*, 1997). La versión original de la entrevista, la DICA, fue creada para estudios clínicos y epidemiológicos y puede ser pasada por personal no clínico entrenado (Blanchard y Brown, 1998).

Independientemente del carácter estructurado y directivo de la entrevista, el clínico debe ser un buen observador, sobre todo de los aspectos paralingüísticos del paciente. Como se ha dicho antes, estos pacientes durante la entrevista pueden dar señales de incomodidad, precisamente por enfrentarse a una situación social (interpersonal) con el terapeuta, con lo cual cabe esperarse (teniendo en cuenta la gravedad del trastorno) que hablen poco y contesten únicamente y de manera breve a las preguntas planteadas por el clínico, que eviten y no mantengan el contacto ocular, que se ruboricen, que su voz tiemble, que las frases salgan entrecortadas (incluso que

tartamudeen) o que suden. En estos casos, el clínico tendrá que tener la habilidad para mantener la interacción y lograr al mismo tiempo los objetivos de la evaluación.

Con las ventajas mencionadas para las entrevistas, cabe señalar que ellas suponen también una mayor inversión de tiempo y dinero y, por lo tanto, se hace necesario emplear de manera alternativa (y no complementaria) las medidas de autoinforme.

7.2. Las medidas de autoinforme

7.2.1. Los cuestionarios, inventarios o escalas

Los cuestionarios, inventarios o escalas para evaluar la ansiedad social (y en general, los problemas psicológicos) han sido desarrollados en su mayoría en países anglosajones y se han utilizado en el resto del mundo por clínicos e investigadores con muestras cuya lengua materna no es el inglés. En algunos casos se han hecho las validaciones correspondientes (p. ej., Bobes *et al.*, 1999), pero, concretamente en el ámbito hispanohablante, se han encontrado algunas limitaciones importantes en su uso, como, por ejemplo, que no recogen situaciones sociales que sean típicas de las poblaciones con lengua española o portuguesa o que sean de otra cultura distinta de aquella para la que se crearon.

El desarrollo de cuestionarios para la ansiedad social fue más común a partir de la década de los 80, cuando se dio una progresiva atención a la fobia social (Safren *et al.*, 1999; Storch *et al.*, 2006). Antes de 1987 no se conocían instrumentos para medir la fobia social tal y como se define actualmente (APA, 2000), sino que se utilizaban, principalmente, escalas que evaluaban constructos relacionados con el tema (p. ej., Collins, Westra, Dozois y Stewart, 2005; Hofmann, DiBartolo, Holaway y Heimberg, 2004; Weeks *et al.*, 2005). Las más conocidas son la “Escala de miedo a la evaluación negativa” (*Fear of Negative Evaluation Scale* [FNE]), el “Cuestionario de miedos” (*Fear Questionnaire*, FQ; Marks y Matthews, 1979) y la “Escala de malestar y evitación social” (*Social Avoidance and Distress Scale*, SAD; Watson y Friend, 1969).

El uso de medidas de autoinforme exige del clínico un conocimiento preciso sobre los aspectos de la ansiedad social que evalúa cada cuestionario, la composición (p. ej., número de ítems y formato de respuesta), la forma de calificación, sus propiedades psicométricas y si está adaptado y validado para las poblaciones en las que desea emplearse. Hoy en día, los cuestionarios más empleados ya están más en sintonía con la conceptualización actual del trastorno de ansiedad social.

Algunos de los que se usan con población adulta son la “Escala de ansiedad social de Liebowitz” (*Liebowitz Social Anxiety Scale*, LSAS; Liebowitz, 1987), el “Inventario de ansiedad y fobia social” (*Social Phobia and Anxiety Inventory*, SPAI; Turner, Beidel *et al.*, 1989), la “Escala de fobia social” (*Social Phobia Scale*, SPS; Mattick y Clarke, 1998), la “Escala de ansiedad en la interacción social” (*Social Interaction Anxiety Scale*, SIAS; Mattick y Clarke, 1988, 1998) y el “Inventario de fobia social” (*Social Phobia Inventory*, SPIN; Connor *et al.*, 2000).

La LSAS fue la primera escala creada para que el clínico calificara el nivel de temor y evitación de las situaciones sociales temidas por el paciente (*Clinician-Administered Version*, LSAS-CA), pero posteriormente se adaptó y empezó a utilizarse como un instrumento de autoinforme (*self-report versión*, LSAS-SR) (p. ej., Baker, Heinrichs, Kim y Hofmann, 2002; Cox, Ross, Swinson y Dorenfeld, 1998), dado que las propiedades psicométricas de ambas versiones son similares (Fresco *et al.*, 2001; Oakman, van Ameringen, Mancini y Farvolden, 2003). Esta escala está formada por 24 ítems que evalúan el grado de temor y la frecuencia de evitación de situaciones sociales de interacción social (13 ítems) y actuación (11 ítems) en la última semana. Cada escala se puntúa por separado en una escala Likert de 4 puntos (de 0= “ninguno/nunca” a 3= “grave/habitualmente”). La puntuación total de la escala, así como de ambas subescalas, se obtiene sumando las puntuaciones directas informadas por el individuo y se encuentra en un rango entre 0 y 144. Algunos estudios utilizan las subescalas que se derivan teóricamente de esta medida: total de la escala, total de temor, total de evitación, temor en la interacción social, evitación de la interacción social, temor en la actuación, evitación de la actuación, total de interacción social y total de actuación. La LSAS-SR ha sido empleada frecuentemente para la evaluación de los cambios de los pacientes cuando han recibido tanto tratamiento farmacológico (p. ej., Liebowitz, 1987; Bhögal y Baldwin, 2007; Guastella *et al.*, 2008) como cognitivo conductual para la ansiedad social (p. ej., Cox *et al.*, 1998; Hayes, Miller, Hope, Heimberg y Juster, 2008; Heimberg *et al.*, 1999; Hofmann, Schulz, Meuret, Moscovitch y Suvak, 2006; Klinger *et al.*, 2005; Smits, Powers, Buxkamper y Telch, 2006). En la última década se han aportado pruebas sobre la utilidad de la LSAS-SR para el cribado de sujetos con fobia social utilizando los puntos de corte de 30 y 60, con el fin de establecer si tiene un trastorno de ansiedad social o la especificación del subtipo “generalizado”, respectivamente (Mennin *et al.*, 2002; Rytwinski *et al.*, 2009). No obstante, en Brasil se han presentado propuestas diferentes sobre los puntos de corte. Kummer *et al.* (2008) señalaron que 42 sería el punto de corte más óptimo, con un mejor balance entre sensibilidad y especificidad, mientras que Terra *et al.* (2012) utilizaron otros puntos de corte para evaluar la gravedad de la fobia social con pacientes alcohólicos hospitalizados; así, puntuaciones inferiores a 52 sugerían un nivel leve, entre 52 y 81 un nivel moderado y puntuaciones superiores a 82 indicaba un nivel grave de fobia social. De sus propiedades

psicométricas se ha informado sobre buenos índices de fiabilidad test-retest, consistencia interna y validez convergente y discriminante (p. ej., Baker *et al.*, 2002; Fresco *et al.*, 2001; Heimberg *et al.*, 1999), incluso con versiones traducidas a otros idiomas (p. ej., Heeren *et al.*, 2012; Levin *et al.*, 2002; Sugawara *et al.*, 2012; Terra *et al.*, 2006). Para esta escala se han propuesto soluciones estructurales de tres (Romm *et al.*, 2011), cuatro (Beard *et al.*, 2011; Oakman *et al.*, 2003; Safren *et al.*, 1999; Sugawara *et al.*, 2012), cinco (Perugi *et al.*, 2001; Terra *et al.*, 2006) y ocho (Heeren *et al.*, 2012) factores, lo que pone en duda su validez factorial. La versión española de LSAS-SR, según Bobes *et al.* (1999) y González *et al.* (1998), está formada por cuatro factores que explican el 48,9% de la varianza y presenta altos niveles de consistencia interna ($\alpha \geq 0,86$).

El SPAI fue construido a partir de otros cuestionarios, de la revisión de los criterios diagnósticos especificados en el DSM-III y de un listado de quejas de algunos pacientes. Turner, Beidel *et al.* (1989) consideraron la importancia de tener un instrumento que evaluara distintos aspectos de la fobia social, incluyendo las manifestaciones a nivel cognitivo, somático y conductual que podrían presentar los sujetos con fobia social en un rango de posibles situaciones a las cuales temieran y que con ello se pudiera determinar la gravedad del trastorno. El SPAI está formado por 45 ítems distribuidos en dos subescalas, una de Fobia social (32 ítems) y otra de Agorafobia (13 ítems). Del total de ítems, 21 tienen un formato de respuesta múltiple para evaluar el grado de malestar frente a distintos públicos (desconocidos, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto, gente en general), así como el tipo de respuestas fisiológicas y cognitivas, dando como resultado un total de 96 ítems. Estos ítems se contestan en una escala Likert de 7 puntos (de 1 “nunca” a 7 “siempre”). Para obtener la puntuación individual en los ítems compuestos, se calcula el promedio con base en las respuestas dadas en cada subítem. La máxima puntuación posible es de 192. La puntuación de la subescala de Agorafobia se obtiene sumando directamente la puntuación de los ítems que la forman. Para obtener la puntuación total del SPAI se resta la subescala de Agorafobia a la de Fobia social. Este instrumento es, al parecer, sensible a un continuo de preocupaciones de las personas socialmente ansiosas y, adicionalmente, permite diferenciar a este grupo de personas de otras que padecen otros trastornos de ansiedad. En cuanto a sus propiedades psicométricas, los informes han sido positivos en cuanto a su fiabilidad test-retest y consistencia interna (p. ej., Osman, Barrios, Aukes y Osman, 1995; Turner, Beidel *et al.*, 1989). Inicialmente se consideró que 60 sería el punto de corte más adecuado para identificar a aquellos sujetos con fobia social, pero un punto de corte distinto (88) fue propuesto posteriormente por Peters (2000). La validez factorial del SPAI no parece muy clara. Inicialmente se informó de una solución de dos factores correspondientes a las dos subescalas del inventario (Turner, Standley, Beidel y Bond, 1989), pero Turner, Standley *et al.* (1989) analizaron las posibles dimensiones sociales de la fobia social (utilizando únicamente la subescala de

Fobia social) y encontraron cinco factores: Interacción social individual (11 ítems), Somático y cognitivo (8 ítems), Interacción en grupo (7 ítems), Evitación (5 ítems) y Centro de atención (5 ítems). Esta estructura fue apoyada empíricamente por Osman *et al.* (1995, 1996). El SPAI ha sido traducido a otros idiomas. La versión brasilera posee altos niveles de consistencia interna, muy similares a los de la escala original (Picon *et al.*, 2006; Picon, Gauer, Fachel *et al.*, 2005; Picon, Gauer, Hirakata *et al.*, 2005). En España, Baños *et al.* (2007) informaron de la estructura bifactorial del SPAI correspondiente a las dos subescalas que la forman. El SPAI también ha demostrado su sensibilidad para evaluar los resultados de tratamientos cognitivo conductuales para la fobia social (p. ej., Cox *et al.*, 1998; Ries *et al.*, 1998; Taylor, Woody, McLean y Koch, 1997).

La SPS y la SIAS se utilizan de manera complementaria para evaluar la ansiedad social, la primera mide el nivel de ansiedad asociado con el escrutinio o la observación por parte de otras personas mientras se lleva a cabo una tarea o actuación (p. ej., trabajando, comiendo, bebiendo, escribiendo, usando baños públicos) y la segunda mide el nivel de ansiedad relacionado con el inicio y mantenimiento de las interacciones sociales (p. ej., encontrarse y hablar con extraños, amigos o personas del sexo opuesto). Según Mattick y Clarke (1998), estas escalas corresponden a las descripciones del DSM-III-R de la fobia social circunscrita y generalizada, respectivamente, y parecen ser útiles en la identificación de sujetos con fobia social (Mattick y Clarke, 1998; Peters, Sunderland, Andrews, Rapee y Mattick, 2012). Los ítems de estas escalas se derivan, por una parte, de ítems modificados de otros cuestionarios, inventarios o escalas relacionados con la ansiedad social, como el “Cuestionario de miedos” (*Fear Survey Schedule*, FSS; Wolpe y Lang, 1964), la FNE (Watson y Friend, 1969) o el “Inventario de ansiedad social” (*Social Anxiety Inventory*, SAI; Richardson y Tasto, 1976) y, por otra parte, de nuevos ítems creados a partir de entrevistas clínicas realizadas con pacientes ansiosos socialmente y con fobia. Inicialmente, la SIAS tenía 19 ítems y la SPS 20 (Mattick y Clarke, 1988), pero posteriormente, cada escala quedó con 20 ítems (Mattick y Clarke, 1998), con opciones de respuesta tipo Likert en una escala que va de 0 (“nada característico de mí”) a 4 (“muy característico de mí”). Diversos estudios han mostrado que las propiedades psicométricas de la SPS y la SIAS son adecuadas. Los niveles de consistencia interna están entre 0,88 y 0,94 y la fiabilidad test-retest está entre 0,90 y 0,92 (Erwin, Heimberg, Marx y Franklin, 2006; Harb, Heimberg, Fresco, Schneier y Liebowitz, 2002; Mattick y Clarke, 1998; Osman, Gutierrez, Barrios, Kopper y Chiros, 1998; Tanner, Stopa y De Houwer, 2006). En cuanto a la validez factorial, Mattick y Clarke (1998) informaron que la SPS estaba formada por tres factores que explicaban el 47,7% de la varianza y la SIAS por un solo factor que explicaba el 43,4% de la varianza. No obstante, en otros estudios en los que se han analizado de forma conjunta los 40 ítems de las escalas, se ha propuesto un modelo de tres factores. Habke, Hewitt, Norton y Asmundson (1997) señalaron que uno correspondía a los

ítems de la SPS y los otros dos a los ítems de la SIAS, mientras que Safren, Turk y Heimberg (1998) encontraron que un factor contenía los ítems de la SIAS y los otros dos factores contenían ítems de la SPS. Posteriormente, los resultados de Habke *et al.* (1997) fueron replicados por Osman *et al.* (1998), quienes propusieron, a su vez, una solución unidimensional para cada escala. Una década después, Carleton *et al.* (2009) volvieron a informar de tres factores, pero en esta ocasión con un número mucho más reducido de ítems (14 en total) y una distribución contraria a la de Habke *et al.* (1997) y similar a la de Safren *et al.* (1998), pues los ítems de la SIAS formaban un factor y los de la SPS formaban dos factores. Las fuertes y significativas correlaciones entre los ítems del nuevo factor de la SIAS y la SIAS original, así como de los nuevos factores de la SPS y la SPS original indican que estos son representativos de las escalas originales. Añadiendo dificultad a este tema, Rodebaugh y su equipo de colaboradores han puesto en duda la unidimensionalidad de la SIAS y han cuestionado la utilidad de incluir ítems que se puntúan de forma contraria al constructo evaluado en el cuestionario (Rodebaugh, Woods y Heimberg, 2007; Rodebaugh, Woods, Heimberg, Liebowitz y Schneier, 2006). Esta escala se muestra sensible a los cambios producidos por el tratamiento cognitivo conductual en grupo (Antony, Coons, McCabe, Ashbaugh y Swinson, 2006). La SPS y la SIAS, al igual que las otras medidas de autoinforme, han sido traducidas a otros idiomas y dos estudios, uno en España (Olivares *et al.*, 2001) y otro en Alemania (Heidenreich *et al.*, 2011), apoyan la solución de dos factores y señalan que la SPS y la SIAS miden aspectos que forman parte de un mismo constructo pero son aspectos distintos de la ansiedad social. La diferencia de estos trabajos está en que Olivares *et al.* (2001) analizaron los ítems de cada escala por separado, mientras que Heidenreich *et al.* (2011) lo hicieron de forma conjunta. No obstante, no todos coinciden en estos resultados. Eidecker, Glöckner-Rist y Gerlacha (2010), tras analizar la versión alemana de la SIAS, sugirieron la eliminación de tres ítems negativos (opuestos al constructo evaluado) quedando la escala con 17 ítems y cuatro factores. Kupper y Denollet (2012) exploraron la estructura factorial de la versión holandesa de la SPS y la SIAS (por separado) y propusieron versiones abreviadas de 11 y 10 ítems respectivamente, con sus correspondientes soluciones factoriales de tres y dos factores y con altos niveles de consistencia interna. En cuanto a la validez predictiva de la SPS y la SIAS, se han aportado pruebas de que estas escalas combinadas tienen capacidad para predecir la respuesta de ansiedad ante desafíos sociales (Gore, Carter y Parker, 2002). Recientemente, se ha desarrollado una versión breve de ambas escalas, la SPS-6 y la SIAS-6, cada una con seis ítems (Peters *et al.*, 2012). Según los autores, estas escalas correlacionan muy bien con las escalas originales ($r_{SIAS-SIAS-6} = 0,88$; $r_{SPS-SPS-6} = 0,92$), son útiles para el diagnóstico de fobia social utilizando como puntos de corte 7 o más en la SIAS-6 y 2 o más en la SPS-6. Peters *et al.* (2012) también informaron que las nuevas medidas son sensibles a los cambios ocurridos por efecto del tratamiento para este trastorno, lo cual se

aprecia en las fuertes y significativas correlaciones (pre-postratamiento y pretratamiento-seguimiento) entre las puntuaciones estandarizadas del cambio medido con los cuatro autoinformes.

Por último, entre los cuestionarios utilizados para evaluar la fobia social en adultos está el SPIN. Este inventario fue creado con base en la “Escala breve de fobia social” (*Brief Social Phobia Scale*, BSPS; Davidson *et al.*, 1991; Davidson, Miner, De Veugh-Geiss y Tupler, 1997) que se comentará más adelante. El SPIN está formado por 17 ítems que evalúan la presencia y la gravedad de distintos aspectos de la ansiedad social, en la última semana: 1) el miedo (p. ej., a personas de autoridad, a las fiestas y eventos/reuniones sociales, a ser criticado, a hablar con extraños, de hacer cosas cuando hay personas mirando y de pasar vergüenza), 2) la evitación (p. ej., de hablar con extraños, de hablar a personas por temor de avergonzarse, de ir a fiestas, de ser el centro de atención, de dar un discurso, de ser criticado, de hablar con personas con autoridad) y 3) los síntomas fisiológicos (p. ej., sonrojarse, sudar, palpitaciones o agitarse y temblar en frente de otras personas). Los ítems se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos (de 0= “nada” a 4= “muchísimo”), la puntuación total está entre 0 y 68 y el punto de corte para identificar a sujetos con fobia social es de 19 (Connor *et al.*, 2000). Se ha informado de una buena fiabilidad test-retest ($r \geq 0,86$; $p < 0,001$) y adecuados niveles de consistencia interna para el total de la escala ($\alpha \geq 0,87$) (Antony *et al.*, 2006; Connor *et al.*, 2000). Sin embargo, su situación en cuanto a la validez factorial es similar a la de los cuestionarios anteriores, debido a que se han identificado soluciones de tres (p. ej., Osório *et al.*, 2010a; Radomsky *et al.*, 2006) y cinco (p. ej., Connor *et al.*, 2000; Osório *et al.*, 2010a) factores. Por otra parte, se ha informado de su sensibilidad a los cambios tras el tratamiento farmacológico (Connor *et al.*, 2000) y cognitivo conductual en grupo (Antony *et al.*, 2006). Las versiones francesa (p. ej., Radomsky *et al.*, 2006), alemana (p. ej., Sosic *et al.*, 2008) y brasileña (p. ej., Osório, Crippa y Loureiro, 2009; Osório *et al.*, 2010a) del SPIN poseen altos niveles de consistencia interna ($\alpha \geq 0,90$), pero hay ciertas particularidades. Por ejemplo, en la versión alemana, 25 parece ser el punto de corte con un mejor balance entre sensibilidad y especificidad. La versión brasileña posee una buena fiabilidad test retest, pero las soluciones factoriales obtenidas varían según si la muestra es de sujetos con fobia social (tres factores) o sin fobia social (cinco factores) y el punto de corte que parece funcionar mejor está entre 19 y 21. Finalmente, la versión francesa confirma la estructura de tres factores, pero realizando algunos ajustes en los ítems.

En cuanto a los cuestionarios, inventarios y escalas utilizados con la población infantojuvenil, hay que señalar que básicamente son tres los más utilizados con niños, a saber la “Escala revisada de ansiedad social para niños” (*Social Anxiety Scale for Children-Revised*, SASC-R; La Greca y Stone,

1993), el “Inventario de ansiedad y fobia social para niños” (*Social Phobia and Anxiety Inventory for Children*, SPAI-C; Beidel, Turner y Morris, 1995) y la “Escala de ansiedad social para niños y adolescentes, de Liebowitz” (*Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents*, LSAS-CA; Masia-Warner, Klein y Liebowitz, 2002), todas ellas originadas también en el ámbito anglosajón. Recientemente, para evaluar la ansiedad en niños de habla hispana fue creado el “Cuestionario de ansiedad social para niños” (CASO-NIV; Caballo, Arias *et al.*, 2012; Caballo, Salazar *et al.*, en evaluación). Con los adolescentes encontramos otros autoinformes, aunque menos conocidos, como la “Escala de ansiedad social para adolescentes” (*Social Anxiety Scale for Adolescents*, SAS-A; La Greca y Lopez, 1998), la “Escala para la detección de la ansiedad social” (EDAS; Olivares y García-López, 1998; Olivares, Piqueras y Sánchez-García, 2004; Olivares, Sánchez-García, López-Pina y Rosa-Alcázar, 2010; Piqueras, Olivares e Hidalgo, 2012), la “Escala del trastorno de ansiedad social generalizada para adolescentes, de Kutcher” (*Kutcher Generalized Social Anxiety Disorder Scale for Adolescents*, K-GSADS-A; Brooks y Kutcher, 2004) y, más recientemente, en Eslovenia, la “Escala de ansiedad social para adolescentes” (*Social Anxiety Scale for Adolescents*, SASA; Puklek y Videc, 2008) y en Nigeria, la “Escala de ansiedad social” (*Social Anxiety Scale*, SAS; Ayeni, 2012). Cabe señalar que en algunos casos se han empleado medidas para la evaluación de la ansiedad social en adolescentes (de diversos países) que fueron originalmente diseñadas para adultos, como el SPAI (p. ej., Aune, Stiles y Svarva, 2008; García-López *et al.*, 2001; Olivares *et al.*, 1999), el SPIN (p. ej., García-López, Bermejo e Hidalgo, 2010; Johnson, Inderbitzen-Nolan y Anderson, 2006; Ranta *et al.*, 2007; Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen *et al.*, 2009; Tsai *et al.*, 2009; Väänänen *et al.*, 2011; Vilete, Coutinho y Figueira, 2004; Vilete, Figueira y Coutinho, 2006) y, de forma conjunta, la SPS y la SIAS (p. ej., Zubeidat, Salinas, Sierra y Fernández-Parra, 2007). Otra opción para la evaluación de la ansiedad social en población infantojuvenil son las subescalas específicas para este trastorno que están dentro de escalas que evalúan más ampliamente distintos problemas emocionales y afectivos en la infancia. Ejemplos de esto son la “Escala multidimensional de ansiedad para niños” (*Multidimensional Anxiety Scale for Children*, MASC; March, Parker, Sullivan, Stallings y Connors, 1997) y el “Cribado para los trastornos relacionados con la ansiedad infantil” (*Screen for Child Anxiety-Related Disorders*, SCARED; Birmaher *et al.*, 1997, 1999).

La SASC-R fue el primer instrumento que evaluó miedos sociales infantiles. Esta escala fue adaptada a partir de la SADS y la FNE, ambas de Watson y Friend (1969) que, como comentamos antes, se utilizan para evaluar algunos aspectos relacionados con la fobia social en adultos, pero no el constructo como tal. La Greca y Stone (1993) informaron de una estructura trifactorial correspondiente a las subescalas: 1) Miedo a la evaluación negativa por parte de los iguales (8 ítems), 2) Malestar y evitación social específicamente de situaciones nuevas (6 ítems) y 3) Malestar y

evitación social generalizados (4 ítems). La SASC-R está formada por 22 ítems (los 18 mencionados anteriormente más cuatro que son de relleno, como, p. ej., “Me gusta hacer deporte”), que se contestan en una escala Likert de 5 puntos (de 1= “nunca” a 5= “siempre”), obteniéndose una puntuación total de entre 18 y 90. Para la definición de los puntos de corte se utilizó la puntuación total obtenida con muestras de escolares y se diferenciaron según el sexo. Se considera un alto nivel de ansiedad social para las chicas si la puntuación es de 54 o más y para los chicos si es de 50 o más, mientras que las niñas no ansiosas tienen puntuaciones totales de 40 o menos y los chicos de 36 o menos. Sin embargo, a partir del trabajo de Morris y Masia-Warner (1998), en el que una proporción muy amplia de niñas (aunque no de niños) posiblemente tendría un nivel de ansiedad social clínicamente significativo, se considera necesario utilizar con precaución el punto de corte. Estudios psicométricos de la SASC-R con población general ofrecen resultados adecuados (p. ej., Epkins, 2002; La Greca y Stone, 1993). En lo que respecta a los datos de la SASC-R con población hispana hay pocos. Storch, Eisenberg, Roberti y Barlas (2003) evaluaron 159 niños escolarizados, de entre 10 y 13 años, predominantemente dominicanos y puertorriqueños que vivían en el área metropolitana de Nueva York. El análisis factorial confirmatorio sugiere que la solución de tres factores es consistente en esta muestra y los niveles de consistencia interna son aceptables y similares a los de estudios previos. Resultados similares, en cuanto a la estructura factorial de la SASC-R, fueron presentados por Sandín, Chorot, Valiente, Santed y Sánchez-Arribas (1999), quienes evaluaron 327 escolares entre 7 y 16 años de la comunidad de Madrid (España). Si consideramos otras muestras no anglosajonas encontramos, por ejemplo, que en una muestra finlandesa de estudiantes, de entre 8 y 16 años, se halló una mayor especificidad con la SASC-R para la fobia social que con el SPAI-C (Kuusikko *et al.*, 2009). Sin embargo, los autores señalan que las medias totales de los niños finlandeses eran menores que las informadas con muestras americanas, lo cual podría influir en los puntos de corte utilizados al cambiar la cultura.

El SPAI-C está formado por 26 ítems que evalúan los síntomas somáticos, cognitivos y conductuales de la fobia social, según el DSM-IV, en niños de 8 a 14 años, aunque también se ha utilizado con muestras de mayor edad (p. ej., Storch *et al.*, 2004). Como en el SPAI para adultos, en el SPAI-C algunos ítems tienen un formato de respuesta múltiple para evaluar el grado de malestar frente a distintos públicos (iguales conocidos, iguales desconocidos y adultos), así como el tipo de respuestas fisiológicas y cognitivas. En este caso son 15 ítems que dan como resultado un total de 60 posibles respuestas. Los ítems se contestan en una escala Likert de 3 puntos (0= “nunca o casi nunca”, 1= “a veces”, 2= “casi siempre o siempre”). La puntuación total se obtiene sumando las respuestas dadas por los niños y en el caso ítems con subítems se promedian las respuestas para obtener la puntuación del ítem. La puntuación total oscila entre 0 y 52, siendo las más altas un

indicador de mayores niveles de ansiedad social. Se recomienda la utilización de una puntuación de 18 o más para considerar la presencia de fobia social (Beidel, Turner y Fink, 1996; Beidel, Turner y Morris, 1998). Al igual que con la SASC-R, se recomienda tener precaución con la utilización de este punto de corte para el cribado de las niñas (Morris y Masia-Warner, 1998). El SPAI-C se originó con base en los datos obtenidos a partir de tres fuentes: 1) 20 niños con fobia social que fueron diagnosticados utilizando la “Entrevista para los trastornos de ansiedad para niños” (*Anxiety Disorders Interview Schedule for Children*, ADIS-C; Silverman y Nelles, 1988), 2) los diarios de estos mismos niños y 3) los ítems de la versión para adultos de este cuestionario, el SPAI (Beidel *et al.*, 1995). Se trató de incluir los componentes de los tres sistemas de respuesta conductual para la fobia social así como un rango de situaciones sociales que produjeran un alto nivel de malestar o resultaran fóbicas para los niños evaluados. Originalmente, se planteó que el SPAI-C tenía tres factores: 1) Asertividad o conversación en general, 2) Encuentros sociales tradicionales y 3) Actuación en público. El primero se refiere a situaciones que requieren del uso de habilidades conversacionales generales y el uso de la aserción negativa, el segundo a los miedos relacionados con los encuentros sociales (p. ej., fiestas o bailes, reuniones scout, etc.) y, el último, a situaciones como hablar en público, leer en frente de la clase o actuar en recitales (Beidel *et al.*, 1995). Sin embargo, estudios posteriores (incluyendo aquellos con muestras no anglosajonas) han mostrado soluciones de cuatro (p. ej., Olivares *et al.*, 2010) y cinco factores (asertividad, conversación general, síntomas físicos/cognitivos, evitación y actuación en público) (p. ej., Aune *et al.*, 2008; Beidel *et al.*, 1996; Ogliari *et al.*, 2012; Storch *et al.*, 2004). En cuanto a otras propiedades psicométricas, se ha informado sobre su validez convergente con la SAS-A, sus niveles de sensibilidad (para identificar a niños con TAS) y especificidad (para identificar a niños sin TAS) (p. ej., Inderbitzen-Nolan, Davies y McKeon, 2004), así como de sus altos niveles de consistencia interna y de aceptable a moderada fiabilidad test-retest (p. ej., Beidel *et al.*, 1995; Storch *et al.*, 2004). El SPAI-C ha sido traducido a otros idiomas (portugués, italiano, español, finlandés, noruego) y se ha informado sobre algunas de las propiedades psicométricas del instrumento. En Brasil, por ejemplo, Gauer, Picon, Vasconcellos, Turner y Beidel (2005), con una muestra de niños entre 9 y 14 años, encontraron que la fiabilidad test-retest fue de 0,78 y el nivel de consistencia interna fue de 0,95. Sin embargo, en este caso, la mejor solución factorial fue de cuatro factores. En una muestra finlandesa (Kuusikko *et al.*, 2009), el SPAI-C tuvo una consistencia interna muy alta ($\alpha=0,95$) y se mostró más sensible en la identificación de niños y adolescentes que cumplen con los criterios de fobia social que la SASC-R, aunque como se dijo antes, se advierte que las medias de los niños finlandeses fueron mucho menores que las de los niños americanos. Esta situación fue señalada previamente por Melfsen, Florin y Warnke (1999), citados por Kuusikko *et al.* (2009), quienes sugirieron que un mejor posible punto de corte para la

versión alemana del SPAI-C es de 20 (y no 18 como para los estadounidenses). En el 2008, Aune *et al.* (2008) informaron que, en una muestra con niños noruegos de 11 a 14 años, el SPAI-C constaba de cinco factores (los que se mencionaron anteriormente), con una fiabilidad test-retest e índices de consistencia interna adecuados. Más recientemente, en Italia, Ogliari *et al.* (2012) encontraron que, en una muestra de escolares entre 8 y 11 años, la mejor solución factorial era de cinco factores y los niveles de consistencia interna estaban entre 0,51 y 0,80.

La LSAS-CA se desarrolló con base en la versión para adultos, la LSAS (Liebowitz, 1987) y en el informe de más de 10 situaciones sociales temidas por un grupo de 33 adolescentes con fobia social (Hofmann *et al.*, 1999). Sin embargo, los ítems retomados de la LSAS fueron modificados ligeramente en el lenguaje para adecuarlo a la población infantojuvenil; por ejemplo, “participar en pequeños grupos” fue sustituido por “participar en grupos de trabajo en clase”. La LSAS-CA está formada por 24 ítems, la mitad referidos a situaciones de interacción social (p. ej., “mirar a una persona que no conozco a los ojos”) y la otra mitad a situaciones de actuación (p. ej., “hacer preguntas en clase”). Al igual que la versión para adultos, la LSAS-CA tiene dos subescalas, una que evalúa los niveles de Ansiedad y otra la Evitación, en una escala Likert de 4 puntos (de 0= “nada/nunca” a 3= “grave/muy a menudo”, respectivamente). La puntuación total estaría entre 0 y 48 y provee teóricamente siete puntuaciones: 1) ansiedad relacionada con la interacción social, 2) ansiedad ante la actuación, 3) ansiedad total, 4) evitación de la interacción social, 5) evitación de las situaciones de actuación, 6) evitación total y 7) puntuación total de la LSAS-CA. Masia-Warner *et al.* (2003) presentaron las propiedades psicométricas de la LSAS-CA utilizando una muestra clínica ($n=97$) y otra de la población general ($n=154$) formadas por niños/adolescentes que tenían entre 7 y 18 años. Encontraron que la LSAS-CA tenía buenos niveles de consistencia interna en ambas muestras (desde 0,83 hasta 0,97) y de fiabilidad test-retest (total= 0,94, Ansiedad= 0,93 y Evitación= 0,92). El punto de corte (LSAS-CA total) de 22,5 permitía discriminar entre los sujetos con fobia social y los normales mientras que el punto de corte de 29,5 distinguía a los participantes con fobia social de aquellos que tenían otros diagnósticos de ansiedad. Esto significa que el uso del punto de corte dependerá fundamentalmente de los propósitos del clínico-investigador. Posteriormente, los resultados de Storch *et al.* (2006), también con muestras clínicas y generales, mostraron una solución bifactorial para las puntuaciones de ansiedad y evitación, cada una con un factor de orden superior. Un factor se componía de ítems pertenecientes a interacciones sociales (p. ej., “hablar por teléfono”, “hacerse miembro de un club”) y se denominó “Social”. El otro factor incluía ítems relativos a tareas de rendimiento académico (p. ej., “escribir en la pizarra o enfrente de los demás”, “leer en voz alta en clase”) y se denominó “Rendimiento escolar”.

La SAS-A es una medida de autoinforme para la ansiedad social, específicamente para adolescentes, y constituye una adaptación de la SASC-R. La SAS-A conservó el número de ítems (22 en total) y el formato de respuesta Likert de 5 puntos (de 1 a 5) de la SASC-R, siendo la redacción de los ítems lo único que se modificó con el fin de que coincidieran con la fase de desarrollo de la adolescencia. La Greca y Lopez (1998) informaron que la SAS-A tiene los mismos tres factores que su predecesora, las SASC-R: 1) Miedo de la evaluación negativa (8 ítems), 2) Malestar y evitación social específicamente de situaciones nuevas (6 ítems) y 3) Malestar y evitación social generalizados (4 ítems). Los cuatro ítems restantes son de relleno (p. ej., "Me gusta leer"). El nivel de ansiedad social se obtiene sumando las puntuaciones directas, quedando una puntuación global que oscila entre entre 18 y 90 (eliminado los ítems de relleno). Sobre sus propiedades psicométricas, se ha informado de su adecuada consistencia interna (en un rango entre 0,76 y 0,91), fiabilidad y validez factorial (Ginsburg, La Greca y Silverman, 1998; La Greca y Lopez, 1998). La SAS-A ha sido traducida a otros idiomas, como el español, portugués, chino, turco y finlandés. Sin embargo, no se tienen propiedades psicométricas de todas ellas. En las muestras de China, España y Finlandia se confirmó la solución trifactorial original (Inglés *et al.*, 2010; Ranta, Junntila *et al.*, 2012; Zhou *et al.*, 2008), pero los niveles de consistencia interna fueron distintos. Para la versión finlandesa estuvieron entre 0,77 y 0,92, para la versión española entre 0,71 y 0,90 y para la versión china entre 0,41 y 0,83.

El CASO-NIV es una nueva medida de autoinforme para la evaluación de la ansiedad social en niños de España, Portugal y América Latina, de entre 9 y 15 años. Los antecedentes sobre la construcción del cuestionario se remontan a varios años (Caballo, González, Alonso e Irurtia, 2007; Caballo, Arias, Calderero, Salazar e Irurtia, 2011; Caballo, Arias *et al.*, 2012). Los primeros ítems del cuestionario se obtuvieron a partir de una revisión de la literatura sobre miedos infantiles (incluida la ansiedad social) y de las situaciones sociales problemáticas en niños que acudían a consulta por fobia social. Luego, fueron añadidas algunas situaciones propuestas por niños escolarizados, por psicólogos que trataban a chicos con ansiedad social, así como por investigadores del área. También se añadieron parte de los ítems de la versión definitiva del cuestionario para adultos (el CASO-A30) modificados en su formulación para adaptarse a la población infantil. El CASO-NIV consta de 42 ítems (+ 2 de control) que se contestan en una escala Likert de 4 puntos (1= "nada" a 4= "mucho") para evaluar el nivel de temor, vergüenza o nerviosismo que le producen las situaciones descritas en cada ítem. Los informes psicométricos del cuestionario, aplicado a 1067 niños andaluces (Caballo, Arias *et al.*, 2012), mostró una solución de seis factores: 1) Interacción con el sexo opuesto, 2) Hablar en público/Interacción con profesores, 3) Quedar en evidencia/Hacer el ridículo, 4) Interacción con desconocidos, 5) Expresión de molestia, desagrado o enfado y 6) Actuar en público. Los niveles de consistencia interna fueron de moderados a altos (entre 0,67 y 0,87 para los factores y de 0,90 para

la puntuación total) y el de fiabilidad (método de las dos mitades Guttman) para el cuestionario total fue alto ($r= 0,94$). Las correlaciones entre los factores del CASO-NIV fueron pequeñas, tal y como se esperaba. En un reciente estudio utilizando el CASO-NIV (Caballo, Salazar *et al.*, en evaluación) con 12801 niños de España y 12 países latinoamericanos se encontró, mediante un análisis factorial exploratorio, nuevamente la estructura hexafactorial del cuestionario: 1) Interacción con el sexo opuesto, 2) Hablar en público/Interacción con profesores, 3) Quedar en evidencia/Hacer el ridículo, 4) Expresión de molestia, desagrado o enfado, 5) Actuar en público y 6) Interacción con desconocidos. Estos factores explicaron el 53,7% de la varianza total. Se probaron tres posibles modelos de ansiedad social y se encontró que el de seis factores correlacionados se ajusta mejor a los datos que el modelo unifactorial y el de seis factores de primer orden y uno de segundo orden. La validez convergente del CASO-NIV quedó probada por su nivel moderado de relación con la puntuación total de la SASC-R ($r= 0,55$). La validez discriminante quedó demostrada por las correlaciones significativamente pequeñas (de 0,09 hasta 0,27) que obtuvo con las subescalas del “Cuestionario multimodal de interacción escolar” (CMIE-IV; Caballo, Calderero, Arias, Salazar e Iruña, 2012), una medida del acoso escolar. La consistencia interna y la fiabilidad de la puntuación total del CASO-NIV fueron altas ($\alpha= 0,89$ y $r= 0,93$, respectivamente). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en todas las dimensiones y en la puntuación total del CASO-NIV, siendo las niñas las que presentaban mayores niveles de ansiedad social. Quedan por demostrarse las propiedades psicométricas de esta nueva medida con población clínica, así como la definición de los puntos de corte para la identificación de los niños con ansiedad social.

7.2.2. Los autorregistros

Los autorregistros son una técnica de evaluación que debería estar incluida entre las preferidas por los clínicos, teniendo en cuenta, por una parte, su potencial para obtener información valiosa y útil para la realización de los análisis funcionales y, por otra, que es una herramienta que ofrece retroalimentación inmediata al paciente sobre su conducta y sobre los factores que la mantienen. En un sentido amplio, los autorregistros explicitan los comportamientos, las cogniciones y las emociones que se producen en situaciones sociales (de interacción y actuación) y revelan la conexión entre estos tres niveles de respuesta y entre estos y las consecuencias. Un modelo de autorregistro podría ser el que se presenta en la tabla 7.

Tabla 7. Modelo de autorregistro para la ansiedad, temor, vergüenza o nerviosismo que experimenta en diferentes situaciones sociales

<p>Describe la situación. Límitese a los hechos, intentando responder a las preguntas: ¿qué sucedía?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿con quién?</p>	<p>¿Qué pensamientos tuvo en la situación?, ¿qué ideas pasaban por su cabeza en ese momento?, ¿qué le preocupaba que pudiera suceder?, ¿qué pensaba sobre sí mismo?</p>	<p>¿Cómo se sentía?, ¿cómo le hacían sentir sus propios pensamientos?</p>	<p>Describe las señales físicas de su nerviosismo, temor, ansiedad (p. ej., taquicardia, sudoración, temblor, rubor facial, cambios en la respiración, etc.)</p>	<p>Puntúe el nivel de malestar que le generaban sus pensamientos, sus síntomas físicos y la situación en general (0=nada – 10= muchísimo malestar)</p>	<p>¿Qué hizo finalmente?, ¿cómo actuó en la situación?, ¿qué hizo para disminuir su malestar?, ¿en qué momento disminuyó el malestar?</p>	<p>¿Cómo se sintió después de haber actuado de la manera en que lo hizo?</p>	<p>¿Qué hacían los demás en esa situación?, ¿cuál fue la reacción de ellos al ver su actuación?</p>

Los autorregistros son técnicas de evaluación personalizadas, es decir, que se crean para los pacientes según el objetivo del clínico y su eficacia depende de varios factores; por una parte, que el autorregistro esté bien planteado y haya sido presentado de forma adecuada al paciente para que éste comprenda cómo funciona y, por la otra, que el paciente esté convencido del valor que posee este instrumento para su evaluación y posterior tratamiento y mantenga el compromiso de autoobservarse y registrar oportunamente lo que se le pide. De no ser así y, además, el paciente lo deja para ser rellenado horas después de acontecido el evento (haciendo uso de la memoria), el instrumento no funcionaría como un autorregistro.

La evaluación del TAS puede extenderse también a la valoración de otros posibles trastornos psicológicos. El clínico tendrá que poder determinar la naturaleza comórbida al tiempo que analizar si esos otros problemas o trastornos han surgido como consecuencia del TAS o, por el contrario, le anteceden. En estos casos, tendrá que poder echar mano de herramientas específicas para su evaluación. Por otra parte, tenemos que comentar también que no sería extraño que el paciente acudiera a la consulta haciendo alusión a otros problemas o dificultades, que en primera instancia parecieran no relacionarse con el TAS, pero que sí la tienen y se hacen evidentes durante la evaluación. Recordemos que los pacientes llegan con “quejas”, así que lo que en principio pueden informar podrían ser los efectos que observan tras convivir mucho tiempo con esta patología, como, por ejemplo, el sentirse solos, el no disfrutar de relaciones íntimas, no conseguir el trabajo que quieren o no lograr una promoción laboral, sus dificultades para interactuar con otros en los trabajos en grupo, el abuso del alcohol o cualquier otra droga, entre otros. Así que, estos aspectos que parecen cuestiones aisladas, pueden tomar sentido dentro del proceso de evaluación y formulación clínica que se lleve a cabo.

7.3. Las medidas de heteroinforme

Los cuestionarios que son rellenados por los clínicos y no por los propios pacientes son instrumentos poco utilizados hoy en día, posiblemente por el uso cada vez más extendido de las entrevistas diagnósticas y las medidas de autoinforme.

Tal y como se comentó anteriormente, la LSAS fue diseñada inicialmente como un instrumento para que el clínico puntuara el temor y la evitación de las situaciones sociales que tenía el sujeto con fobia social (durante la última semana), con el fin de determinar su gravedad, pero posteriormente fue adaptada y empleada como medida de autoinforme. Las subescalas que teóricamente forman la

LSAS son las que ya se comentaron en la versión de autoinforme. Las propiedades psicométricas de la LSAS-CA informadas son adecuadas (Beard *et al.* 2011; Fresco *et al.*, 2001; Heimberg *et al.*, 1999.), se han encontrado buenos niveles de consistencia interna ($\alpha \geq 0,81$), altas correlaciones entre las subescalas (teóricas) y la puntuación total de la LSAS ($0,90 \leq r \leq 0,93$), validez convergente con la LSAS-SR y estabilidad temporal en un año ($r \geq 0,50$). En cuanto a la estructura factorial, se han encontrado distintas soluciones, la original, de dos (Liebowitz, 1987), y una más reciente, de cuatro (Beard *et al.* 2011; Heimberg y Holaway, 2007) factores.

Algo distinto ha sucedido con la “Escala breve de fobia social” (*Brief Social Phobia Scale*, BSPS; Davidson *et al.*, 1991; Davidson *et al.*, 1997), la cual se diseñó y sigue empleándose como medida de heteroevaluación. La BSPS tiene 18 ítems distribuidos en tres subescalas (Miedo, Evitación y Activación fisiológica), que se puntúan en una escala Likert de 5 puntos (de 0= “ninguno/nunca” a 4= “extremadamente/siempre”). La puntuación total de la escala está en un rango de 0 a 72. Los siete primeros ítems se refieren a distintas situaciones sociales en las que se evalúa por separado el miedo y la evitación y los últimos cuatro ítems se refieren a síntomas de activación fisiológica (rubor, palpitaciones, temblor y sudoración). Se ha informado que los niveles de fiabilidad test-retest y de consistencia interna van de aceptables (Davidson *et al.*, 1991) a buenas (Davidson *et al.*, 1997). En este último estudio se encontró que de las tres subescalas, la de miedo y la de evitación son las que tienen una alta correlación con la puntuación total de la escala, mientras que la de activación fisiológica no. La BSPS ha sido traducida a otros idiomas, como el portugués. La versión brasileña demostró un nivel adecuado de fiabilidad interjueces ($r = 0,84$) (Osório, Crippa y Loureiro, 2006) y, con población universitaria, se informó de una solución de seis factores y de niveles de consistencia interna muy variables (de 0,48 a 0,88) (Osório, Crippa y Loureiro, 2010b). La BSPS ha sido utilizada sobre todo para evaluar la eficacia de los tratamientos farmacológicos para la fobia social (p. ej., Connor, Davidson, Chung, Yang y Clary, 2006; van Ameringen *et al.*, 2001) y la terapia cognitivo conductual integral (Davidson *et al.*, 2004).

8. TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL O TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Como se ha indicado antes, la fobia social no es un trastorno que remita sin tratamiento, pero, irónicamente, con frecuencia las personas que lo padecen no asisten a la consulta clínica por esta causa, a menos que se presente de manera comórbida con otro trastorno mental y que presenten un deterioro funcional muy grande, viendo de este modo comprometida su calidad y nivel de vida. Es posible que una de las razones para no pedir ayuda o demorar esta decisión tenga que ver con lo embarazoso que resulta para los sujetos con TAS relacionarse con un desconocido, como es el terapeuta, o porque a veces tienen la idea de que el clínico no se tomará en serio sus síntomas y que sus temores son infundados. Sin embargo, algunos estudios muestran que aquellos que tienen un mayor número de miedos sociales buscan más ayuda que aquellos que sólo presentan un miedo social (p. ej., Acarturk *et al.*, 2008) y cuando llevan muchos (entre 15 y 20) años con los síntomas (p. ej., Wang *et al.*, 2005).

8.1. Tratamientos psicológicos

Según la Sociedad de Psicología Clínica, División 12 de la Asociación Americana de Psicología (*Society of Clinical Psychology, American Psychological Association, Division 12, 2013*), los tratamientos que han demostrado ser eficaces para la fobia social y que tienen un sólido apoyo empírico se corresponden con los planteamientos básicos de la terapia cognitivo conductual (TCC). La TCC se refiere a una variedad de técnicas que pueden ser utilizadas por separado o de forma conjunta (p. ej., relajación, exposición, desensibilización sistemática, entrenamiento en habilidades y reestructuración cognitiva) y que pueden emplearse variando la modalidad de tratamiento (individual o en grupo) en unas 12 a 16 sesiones aproximadamente (aunque hay pruebas de que una terapia breve de entre 4 y 8 sesiones también puede ser eficaz).

Fundamentalmente, los tratamientos cognitivo conductuales (TCC) incluyen la exposición gradual y en vivo a las situaciones sociales temidas y evitadas. Durante las sesiones terapéuticas se anima a los pacientes a participar en los ejercicios de exposición y se suelen mandar tareas para casa, para que se continúe con la exposición en la vida real. Sin embargo, también se encuentran los tratamientos que incluyen la terapia cognitiva con énfasis en el cambio de las cogniciones sociales negativas, cuyo componente de exposición es muy bajo.

La premisa básica que subyace a los tratamientos cognitivo conductuales es que los pensamientos, emociones y conductas se encuentran interrelacionados, de tal forma que la modificación en uno de ellos puede producir una mejoría en los otros. Así, quienes tienen un marco de referencia principalmente conductual conciben que la exposición gradual a las situaciones temidas (cambio conductual) hará que los pensamientos de temor al rechazo y a la crítica vayan disminuyendo (cambio cognitivo), mientras que las intervenciones cognitivas se realizan bajo el supuesto de que el progreso terapéutico ocurre como resultado del cambio de los esquemas cognitivos, supeditando la emoción y la conducta a la cognición.

En cualquier caso, dado que el objetivo principal de la terapia es trabajar sobre la relación entre pensamiento, conducta y emoción, la intervención se dirige básicamente a tres aspectos. En primer lugar estarían los *pensamientos, ideas o creencias* relacionados con la inhibición conductual y la percepción de amenaza de las situaciones sociales para lo cual será muy útil la reestructuración cognitiva. A este respecto deberá trabajarse sobre algunas características cognitivas de los pacientes con fobia social, como son los pensamientos catastróficos que alimentan su miedo social irracional, el que maximicen la importancia de la evaluación negativa o el rechazo, su hipersensibilidad a la crítica, su necesidad irracional de aprobación por parte de los demás, las creencias de poca autoeficacia y la realización constante de anticipaciones negativas (de fracaso) en sus actuaciones e interacciones sociales. Además de la reestructuración cognitiva, en las TCC se utilizan los experimentos conductuales que ponen a prueba las predicciones que hace el individuo sobre su desempeño social y las consecuencias anticipadas, con el fin de ver si los resultados temidos ocurren realmente. En segundo lugar está la *activación emocional* propia de los episodios de ansiedad, para lo que resultan muy útiles las estrategias de exposición y todas aquellas basadas en el principio de la inhibición recíproca, que son las que se han mostrado más eficaces para romper los condicionamientos emocionales. Estas estrategias suelen utilizarse en combinación con las técnicas de relajación, como la relajación muscular progresiva o la respiración diafragmática, teniendo presente que éstas potencian el efecto de técnicas como la desensibilización sistemática que se usa principalmente para provocar ansiedad. Un elemento que hay que tener presente es que, hasta el momento, el paciente ha utilizado la huida y la evitación (entre ellas el consumo de alcohol) como las principales estrategias para reducir el malestar y ahora debe aprender a tolerarlo y a modularlo. El tercer aspecto a trabajar es *el comportamiento*, sobre todo aquel que se relaciona con la interacción y la actuación social y que es necesario para el manejo eficaz de las situaciones sociales que se consideran hasta entonces difíciles o problemáticas. Con base en lo anterior, se deduce la inclusión del entrenamiento en habilidades sociales según las necesidades concretas del individuo (p. ej., para iniciar y mantener conversaciones, para la expresión asertiva de sentimientos y

opiniones, para ligar, hacer una presentación formal delante de otras personas, para dirigirse a un grupo, etc.) y de solución de problemas y conflictos interpersonales como parte del tratamiento de la fobia social.

Desafortunadamente, algunos investigadores han utilizado el término de “TCC” para referirse únicamente al uso de técnicas cognitivas (p. ej., el autorregistro y posterior debate de pensamientos automáticos, disputa de ideas irracionales, creencias o malas interpretaciones de las situaciones sociales, etc.) con el fin de modificar los patrones de pensamiento catastrófico y las creencias inadecuadas respecto a la posibilidad de ser rechazado o fracasar. Esto supone dejar fuera los aspectos emocionales y conductuales de la intervención y disminuir por tanto la eficacia de los procedimientos. Prueba de ello, es el estudio de van Dam-Baggen y Kraaimaat (2000) quienes comparan la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales (EHS) y la “TCC” (considerada en el sentido erróneo al que se ha hecho referencia) y, por supuesto, encuentran que el primero es más eficaz que el segundo. Esto mismo es lo que lastimosamente ha ocurrido con los trabajos orientados a mostrar la eficacia de las llamadas terapias de tercera generación, como la terapia de aceptación y compromiso, contrastándolas únicamente con las mal denominadas “TCC” (p. ej., Harai y Okajima, 2010).

8.1.1. *Protocolos de intervención psicológica*

Uno de los protocolos más extendidos y considerado como el tratamiento de referencia (*gold standard*) entre los países angloparlantes es el desarrollado por Heimberg y sus colegas (Heimberg *et al.*, 1998; Hope, Heimberg, Juster y Turk, 2000; Heimberg y Juster, 1995; Turk, Heimberg y Hope, 2001), la *Terapia cognitivo conductual en grupo* (TCCG). Su eficacia y la baja tasa de recaídas han sido demostradas en un número considerable de estudios. La TCCG es llevada a cabo por dos terapeutas en 12 sesiones de periodicidad semanal, con 2,5 horas de duración cada una y con grupos formados por entre 4 y 6 participantes.

En este tratamiento se dedican las dos primeras sesiones a enseñarle a los pacientes a identificar los pensamientos automáticos y a que encuentren la covariación con la ansiedad, a debatir los errores de la lógica y a formular alternativas más racionales. Posteriormente, deben enfrentarse gradualmente a las situaciones temidas (primero en la sesión y luego en la vida real) utilizando sus habilidades cognitivas. Cuando los pacientes trabajan en sus propias situaciones deben seguir un procedimiento estándar: 1) identificar los pensamientos automáticos, 2) identificar

los errores lógicos de dichos pensamientos, 3) debatir sus pensamientos automáticos y formular respuestas racionales, y 4) definir una metas conductuales. Los pacientes practican las habilidades cognitivas mientras que realizan tareas conductuales (p. ej., mientras conversa con otro miembro del grupo o está dando una charla) y se repasa el logro de las metas y el uso de las habilidades cognitivas. Los experimentos conductuales se utilizan para enfrentar las respuestas específicas a la exposición. Igualmente, se asignan tareas de exposición para casa, en situaciones de la vida real y se dan instrucciones para que ellos mismos realicen los ejercicios de reestructuración cognitiva antes y después de la exposición.

Más recientemente Davidson *et al.* (2004) han propuesto otro tratamiento, la *Terapia cognitivo conductual integral* (TCCI), que se deriva, en parte, de la TCCG de Heimberg, aunque se diferencia de ésta, principalmente, porque incluye el EHS, las representaciones de papeles son más cortas y el tratamiento tiene dos sesiones más. De forma resumida, la TCCI combina la exposición en vivo con reestructuración cognitiva según Beck y el EHS. Las 14 sesiones de grupo que la forman están estructuradas de la siguiente manera: las dos primeras sesiones son educativas y en ellas el terapeuta presenta el modelo cognitivo conductual de la fobia social y explica las técnicas de tratamiento. En la tercera y cuarta sesión se inicia el EHS; los pacientes reciben instrucciones y hacen representaciones de papeles muy cortas (de 30 a 60 segundos) sobre cómo iniciar, mantener y terminar una conversación y de cómo hacer acuerdos o negociaciones y repiten las escenas entre 5 y 7 veces. De la quinta a la decimotercera sesión, los pacientes participan en representaciones más largas (de 3 a 4 minutos), que se refieren a sus preocupaciones sociales específicas. Antes de cada representación, los pacientes identifican los pensamientos disfuncionales que están relacionados con la situación y piensan en una respuesta racional relevante para sustituirla. Las instrucciones del EHS son dadas antes de cada representación y los aspectos específicos de cada representación se repiten para facilitar la adquisición de las habilidades. Entre las sesiones, los pacientes realizan unas tareas asignadas para casa, que están diseñadas con el fin de ayudarles a enfrentar las situaciones sociales temidas usando las técnicas aprendidas en la terapia. La decimocuarta sesión incluye una discusión sobre los beneficios del tratamiento y las recomendaciones para prácticas futuras.

Otros protocolos de *Terapia cognitivo conductual grupal* también han demostrado ser eficaces, como el de McEvoy (2007). Los componentes de este tratamiento están dirigidos a los principales factores de mantenimiento propuestos por las teorías cognitivo conductuales de la fobia social. De manera resumida incluye: 1) psicoeducación sobre la fobia social y los factores cognitivos y conductuales que la mantienen, 2) el desarrollo de formulaciones individualizadas, 3) la animación al paciente para abandonar los comportamientos de seguridad, 4) la exposición graduada y los

experimentos conductuales, 5) la retroalimentación con vídeo, 6) la animación para cambiar el centro de atención sobre la tarea actual cuando está ansioso o rumiando, 7) la aplicación de los principios del tratamiento (p. ej., desafiar los pensamientos, centrar la atención, experimentos conductuales) a las anticipaciones y al procesamiento posterior del acontecimiento, y 8) reestructuración cognitiva de las creencias negativas. El manual del terapeuta incluye una agenda del tratamiento, las instrucciones del terapeuta y los temas. Este protocolo se diferencia de los anteriores en el número de sesiones semanales (7 en total), su duración (4 horas cada una), el número de terapeutas (pueden ser entre 1 y 3) y de participantes (entre 5 y 9).

Por último, y a diferencia de los anteriores, Clark y sus colaboradores, propusieron un *Protocolo de terapia cognitiva individual* de 16 sesiones. Su objetivo fundamental es la enseñanza de un marco de referencia cognitivo alternativo para interpretar las situaciones sociales, la actuación social y el riesgo social. Este protocolo se centra en modificar tanto los comportamientos de seguridad como el mantener centrada la atención en uno mismo utilizando estrategias cognitivas. Se interroga al paciente para conocer sus expectativas acerca de las situaciones sociales y de los costes sociales de sus actuaciones sociales inadecuadas y, luego, se valora la veracidad de esas expectativas ansiógenas utilizando experimentos conductuales. Esto último es lo que lo diferencia de aquellas intervenciones basadas en la exposición, pues el protocolo cognitivo intenta sustituir los supuestos erróneos en momentos de aprendizaje específicos. Este protocolo de tratamiento implica que se construya un modelo explicativo de la fobia social, tomando como base el modelo de Clark y Wells (1995), pero utilizando los pensamientos, las imágenes, las estrategias de atención, los comportamientos de seguridad y los síntomas del paciente. Posteriormente, se hacen ejercicios vivenciales en los que se manipula sistemáticamente el centrar la atención y los comportamientos de seguridad para mostrar sus efectos adversos (como factores de mantenimiento de la fobia social). Se incluye también un entrenamiento sistemático para aprender a centrar la atención en algo externo, tanto en las situaciones sociales como en aquellas que no lo son. Se utilizan técnicas para reestructurar la autoimagen distorsionada (incluyendo el uso de estrategias como la videorretroalimentación), se instiga al paciente para que pregunte a otras personas respecto a sus creencias sobre asuntos como ruborizarse o temblar y, finalmente, se lleva a cabo la confrontación con las situaciones sociales temidas en las cuales el paciente pone a prueba las predicciones negativas previstas mientras deja de lado los comportamientos de seguridad habituales y se centra en cuestiones externas (Clark *et al.*, 2006). Una versión abreviada de este protocolo fue desarrollada por Well y Papageorgiou (2011).

En el caso de los niños y adolescentes, Rao *et al.* (2007) sugieren que las intervenciones incluyan el EHS y las técnicas de exposición debido a sus déficit en habilidades sociales y el nivel de malestar emocional experimentado. Sin embargo, debido a que el patrón de malestar y evitación parece ser más persistente entre los adolescentes, se recomienda que se diseñen tanto las sesiones de tratamiento como las sesiones de generalización y tareas para casa, teniendo en cuenta el amplio rango de situaciones sociales temidas y/o evitadas. Igualmente, los autores han señalado la conveniencia de incluir intervenciones cognitivas con los adolescentes, debido a las altas puntuaciones obtenidas en medidas de cogniciones negativas, lo cual puede entenderse debido a una mayor madurez cognitiva y un incremento en los miedos a la evaluación social durante este periodo evolutivo en comparación con lo que sucede a los niños.

Algunos de los tratamientos multicomponentes específicos para el tratamiento del trastorno de ansiedad social en niños y adolescentes son: la “Terapia cognitivo conductual para adolescentes” (*Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents*, CBGT-A; Albano y DiBartolo, 2007), la “Terapia cognitivo conductual” (*Cognitive Behavioral Therapy*, CBT; Spence, 1995; Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000), la “Terapia de eficacia social para niños” (*Social Effectiveness Therapy for Children*, SET-C; Beidel, Turner y Morris, 2003; Beidel, Turner, Morris y Tracy, 2000), en España, el “Programa IAFS: intervención en adolescentes con fobia social” (IAFS; Olivares, 2006) y, en EE.UU., un programa adaptado a las condiciones escolares es el de “Habilidades para el éxito académico y social” (*Skills for Academic and Social Success*, SASS; Masia-Warner *et al.*, 1999).

La CBGT-A es un protocolo de tratamiento de nueve sesiones que incluye el EHS, de solución de problemas y asertividad, además de la reestructuración cognitiva, la exposición conductual y la asignación de tareas para casa. Las tres primeras sesiones son de psicoeducación y pretenden ayudar a los niños/adolescentes con excesiva ansiedad social a comprender cómo se produce y se manifiesta el TAS, así como el efecto que tiene en sus vidas al escapar o evitar las situaciones sociales. Para esto se sigue un modelo cognitivo conductual de TAS. Posteriormente, las sesiones se dedican al entrenamiento de distintas habilidades (p. ej., solución de problemas –siguiendo el modelo de reestructuración cognitiva-, habilidades sociales y entrenamiento asertivo) que ayudan a disminuir el malestar y/o la interferencia que se relaciona con los altos niveles de ansiedad social. Finalmente, se realizan las sesiones de exposición (graduadas y estructuradas) a las distintas situaciones sociales temidas, con el objetivo de que se produzca la habituación y se practiquen las habilidades aprendidas y, por último, se realiza una sesión de prevención de las recaídas.

La CBT es un programa integrado de 12 sesiones de entrenamiento intensivo en habilidades sociales, técnicas de relajación, de solución de problemas sociales, autoinstrucción positiva, cambio

de cogniciones y cierto nivel de exposición a situaciones sociales. Las sesiones son semanales, incluyen de 6 a 8 niños, entre 7 y 14 años, y se realizan dos sesiones de refuerzo al tercer y sexto mes. Cabe señalar que los autores han trabajado con grupos diferentes siguiendo el criterio de escolarización. Es decir, han formado grupos con niños de primaria (entre 7 y 11 años) y de secundaria (de 12 a 14 años).

La SET-C está estructurada para hacer frente a diversas dimensiones del síndrome, incluyendo la reducción de la ansiedad social y el miedo, mejorando las habilidades sociales, el funcionamiento interpersonal y la participación del niño en actividades sociales. El programa tiene una duración de 12 semanas, con una sesión educativa y dos sesiones semanales (una en grupo y otra individual) y está orientado a niños entre 8 y 16 años. Los componentes centrales de la SET-C son: 1) la educación para los niños y los padres, en una única sesión, cuyo objetivo es dar información sobre la fobia social y el programa a los niños y a los padres y ofrecer una oportunidad para que hablen sobre estas cuestiones. 2) El EHS, que incluye trabajar en habilidades como saludar y presentarse, iniciar y mantener conversaciones, habilidades de escucha y recuerdo, habilidades para unirse a un grupo, aserción positiva y negativa y habilidades para hablar por teléfono. Cada semana se trabaja una habilidad mediante la instrucción, el modelado, el ensayo de conducta y la retroalimentación correctiva (*corrective feedback*). Según el contenido trabajado, se asignan tareas para casa a los niños. Las sesiones de EHS se llevan a cabo en grupos pequeños (de 5 a 6 niños), en periodos de 60 minutos. 3) Las experiencias de generalización con los iguales, que permiten la práctica de las habilidades sociales en un ambiente natural y con otros niños que no tienen fobia social, ocurre inmediatamente después de las sesiones de EHS. Consiste en que los niños participan en actividades de grupo (p. ej., jugar a los bolos, hacer una fiesta, patinar en línea, etc.) que cambian cada semana, además de comer juntos (siempre), durante 90 minutos. 4) La exposición en vivo se realiza en sesiones individuales con un promedio de 60 minutos de duración y están dirigidas a trabajar sobre los miedos sociales específicos de cada niño utilizando actividades apropiadas para esto (p. ej., leer delante de un grupo, jugar con otros niños, actuar frente a un público, se evaluado en la pizarra mientras otros observan, etc.)

En España se ha desarrollado la IAFS para adolescentes entre 14 y 17 años, que consta de 12 sesiones de tratamiento en grupo, de 90 minutos de duración y periodicidad semanal. Los componentes del programa son: 1) educación, 2) EHS, 3) exposición en vivo (exposiciones simuladas y reales) y en imaginación, y 4) reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos negativos. Después de cada sesión se asignan las tareas para casa, consistentes en exposiciones en vivo ante contextos naturales y relativos al contenido trabajado en la sesión.

La SASS es un programa que adapta los procedimientos clínicos cognitivo conductuales a las condiciones escolares del bachillerato, con el fin de reducir la ansiedad de los adolescentes. Este programa se deriva del SET-C y consta de 12 sesiones en grupo de 40 minutos de duración, 2 sesiones de refuerzo, 2 reuniones individuales de 15 minutos, 4 actividades sociales de fin de semana, 2 reuniones de grupos de padres de 45 minutos y 2 sesiones de 30 minutos con los profesores. En total, la SASS tiene una duración de 3 meses. Las sesiones de grupo están a cargo de los líderes de grupo y tienen cinco componentes: 1) la psicoeducación (una sesión), donde se discute sobre las situaciones sociales comúnmente temidas y los síntomas cognitivos, somáticos y conductuales de la ansiedad social de los adolescentes; 2) el pensamiento realista, una sesión en la que se discute la relación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos y la sobreestimación de los resultados negativos; 3) el EHS (4 sesiones), que hace énfasis en cómo iniciar y mantener conversaciones, entablar amistades, saber escuchar y recordar y la asertividad, mediante la discusión y la representación de papeles; 4) la exposición (5 sesiones) a situaciones sociales propias de la escuela y que tienden a evitarse (p. ej., pedir la comida en la cafetería, ir a la oficina de la secretaría y preguntar, tener una conversación con el director, etc.), para lo cual primero se establece una jerarquía, luego se hace una aproximación gradual y, por último, se discute sobre la experiencia y se recibe retroalimentación. Para algunas de estas sesiones se recurre a la ayuda de compañeros “prosociales”; y 5) la prevención de recaídas (una sesión), en la que se les prepara para los posibles contratiempos. Las sesiones de refuerzo, en las que se hace seguimiento de los progresos de los adolescentes, se revisan los obstáculos y se discuten otras opciones para practicar las habilidades y establecer relaciones, se producen mensualmente durante los dos meses siguientes a las sesiones de grupo. Los encuentros individuales consisten en que cada miembro del grupo se reúne con el líder de su grupo al menos dos veces durante el programa para identificar los objetivos individuales del tratamiento y resolver cualquier problema/obstáculo durante el tratamiento. Las actividades de fin de semana (p. ej., ir a un centro comercial, jugar a los bolos, billar, mini golf, un picnic, una fiesta, etc.) se desarrollan con la ayuda de compañeros “prosociales” con el objetivo de practicar las habilidades aprendidas en ambientes naturales. Estas actividades tienen una duración de 90 minutos. Las reuniones con los padres son de psicoeducación sobre la ansiedad social y la forma en que pueden manejar la ansiedad de sus hijos y facilitar su mejoría. Las reuniones con los profesores son para dar información sobre la ansiedad social, las metas del programa SASS y la forma en que pueden manejar la ansiedad en clase. Los profesores ayudan a identificar las áreas sociales de mayor dificultad, posibles formas de exposición en clase, dan información sobre los progresos de los estudiantes y nominan a los posibles compañeros “prosociales”.

8.1.2. Pruebas empíricas de los tratamientos para el TAS

En la tabla 8 se incluyen algunos estudios, desarrollados en los últimos 15 años, que prueban la eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales y farmacológicos (para los adultos) solos, en combinación o en comparación con grupos placebo o listas de espera. Estos trabajos fueron, en su mayoría, realizados en EE.UU. En varios estudios se ha demostrado que los tratamientos combinados de exposición y terapia cognitiva en grupo son eficaces para el tratamiento de la fobia social, como lo es la terapia de exposición sin reestructuración cognitiva. Algunos estudios controlados que comparan la terapia de exposición y cognitiva combinadas con sólo la terapia de exposición (sin el componente cognitivo), sugieren que la exposición sin terapia cognitiva es tan eficaz como la terapia combinada y menos estudios muestran que la TCC tiene un resultado superior a la terapia de exposición.

En el ámbito hispanohablante no se ha publicado, hasta la fecha, un protocolo que tenga pruebas empíricas sobre su eficacia para el tratamiento de la fobia social generalizada de adultos y que se adapte de forma más fiel a las características y los aspectos culturales de estos países. Actualmente, nuestro grupo de investigación trabaja en el desarrollo de un nuevo programa para el tratamiento grupal del TAS en adultos. Este programa está fundamentado y adaptado a los cinco factores o dimensiones de la ansiedad social encontrados en los diferentes estudios (p. ej., Caballo, Salazar, Arias *et al.*, 2010; Caballo, Salazar, Irurtia *et al.*, 2010; Caballo *et al.*, 2012; Caballo, Salazar *et al.*, en evaluación): 1) Interacción con desconocidos, 2) Interacción con el sexo opuesto, 3) Expresión asertiva de molestia, enfado o desagrado, 4) Quedar en evidencia/hacer el ridículo y 5) Hablar o actuar en público/interacción con personas de autoridad. Cada dimensión o factor se trabaja en dos sesiones. El grupo de terapia estaría formado por entre seis y ocho personas, procurando una representación equilibrada de ambos sexos. Las sesiones son semanales, de 2,5 horas de duración, a excepción de la primera, de formato individual y de 1,5 horas de duración. El programa de tratamiento comprende 15 sesiones de tratamiento y 3 sesiones de seguimiento, a los 3, a los 6 y a los 12 meses. Dicho programa incluye básicamente técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, exposición y EHS (véase Caballo, Andrés y Bas, 1997). Para un mayor detalle del contenido de las sesiones del programa de tratamiento cognitivo conductual de la fobia social véase Caballo, Salazar, Garrido *et al.* (2012).

Tabla 8. Algunos estudios empíricos realizados en los últimos 15 años sobre el tratamiento cognitivo conductual de la fobia social en adultos

Fuente	Sujetos	Instrumentos	Grupos	Descripción del tratamiento	Eficacia
<p>Heimberg <i>et al.</i> (1998)</p> <p>N= 133 con FS, según el DSM-III-R Edad: 19-61 años (M= 34,9 años; DT= 9,6) Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia • TDM • Riesgo de suicidio • Trastorno mental orgánico • Historia de trastorno bipolar • Abuso de alcohol y sustancias (en los últimos 6 meses) • Haber tenido más de 6 sesiones previas de TCC o tratamiento con IMAO (x 4 semanas) 	<p>Para el diagnóstico de FS y de trastornos comórbidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ADIS-R (Di Nardo y Barlow, 1988) <p>Otras medidas de FS o constructos relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LSAS (Liebowitz, 1987) • SAD y FNE (Watson y Friend, 1969) • FQ-SP (Marks y Mathews, 1979) • SIAS y SPS (Mattick y Clarke, 1998) • Test de evaluación conductual 	<ol style="list-style-type: none"> 1. TCCG 2. Fenalcina 3. Placebo 4. Apoyo educativo 	<ul style="list-style-type: none"> • TCCG: <ul style="list-style-type: none"> – Identificación de pensamientos automáticos y su covariación con la ansiedad, discusión de los errores de la lógica y formulación de alternativas más racionales. – Ejercicios conductuales para practicar las habilidades cognitivas – Tareas para casa, para hacer exposición en vivo y utilizar la RC antes y después. – Nº de sesiones: 12 – Duración: 2,5 horas – Nº de pacientes: 5 a 7 • Apoyo educativo: <ul style="list-style-type: none"> – Se discute sobre temas relevantes para la FS (p. ej., miedo a la evaluación negativa, habilidades de conversación). Se plantean algunas preguntas para la siguiente sesión y se les pide que escriban al respecto. Los terapeutas no dan instrucciones a los pacientes sobre cómo enfrentar las situaciones sociales temidas 	<p>Los grupos con fenalcina y TCCG presentan mejores resultados y grandes cambios en las medidas en comparación con el grupo placebo ($p < 0,05$) (d de Cohen fenalcina: entre 0,58 y 0,71; d de Cohen TCCG: entre 0,10 y 0,44)</p> <p>Con la fenalcina, a las 6 semanas, se observa una tasa de respuesta superior que a la TCCG. Finalmente, la fenalcina mostró resultados superiores a la TCCG, pero estos no fueron significativos</p>	

(continúa)

Tabla 8. Algunos estudios empíricos realizados en los últimos 15 años sobre el tratamiento cognitivo conductual de la fobia social en adultos (continuación)

Fuente	Sujetos	Instrumentos	Grupos	Descripción del tratamiento	Eficacia
Gruber, Moran, Roth y Taylor (2001)	N= 54 (28 mujeres) con FS, según el DSM-III-R. Edad: 25-60 años (M= 41,7; DT= 8,2) Criterios de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Algún otro TA primario comórbido • Historia de psicosis • TDM con intento suicida • Abuso de alcohol y drogas 	Para el diagnóstico de FS y de trastornos comórbidos: <ul style="list-style-type: none"> • ADIS-R (DiNardo y Barlow, 1988) Otras medidas de FS o constructos relacionados: <ul style="list-style-type: none"> • FNE (Leary, 1983; Watson y Friend, 1969) • SPAL (Turner, Beidel et al., 1989) • SPS (Mattick y Peters, 1988) • SISST (Dodge, Hope, Heimberg y Becket, 1988) • Test de evaluación conductual 	1. TCCG asistida por ordenador 2. TCCG asistida por ordenador 3. Lista de espera	<ul style="list-style-type: none"> • TCCG (protocolo diseñado por Heimberg, 1991): <ul style="list-style-type: none"> - Exposición - Reestructuración cognitiva - Generalización/ mantenimiento - Nº sesiones: 12 • TCCG asistida por ordenador (versión abreviada de la TCCG de Heimberg): <ul style="list-style-type: none"> - Los mismos componentes de la TCCG. - Incluye, además, un programa de ordenador para facilitar las tareas en casa. Tiene dos secciones distintas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparación cognitiva (por audio, cada mañana se les recordaba que "hoy enfrentarían un temor social". En pantalla, aparecían 4 líneas para ayudar a la identificación de pensamientos automáticos negativos y preparar para la situación mediante la repetición de las estrategias aprendidas en las sesiones de grupo). Luego el paciente debía realizar la exposición en vivo y dos horas después, tenía que... 2. Rendir un informe (<i>cognitive debriefing</i>). Luego, se ofrecía retroalimentación e instrucciones según hubiera tenido éxito o no enfrentando la situación. El programa finaliza con palabras de ánimo para el paciente y si la meta se cumplía se le reforzaba 	La TCCG fue significativamente mejor ($p < 0,05$) que la lista de espera. La TCCG asistida por ordenador fue significativamente mejor que la lista de espera en la evaluación conductual pero no en las medidas de autoinforme. No hubo diferencias significativas entre el grupo con TCCG y el grupo con TCCG asistida por ordenador. Aunque al principio la TCCG parecía tener mayores efectos que la TCCG asistida por ordenador, en el seguimiento no se observaron esas diferencias.

(continúa)

Tabla 8. Algunos estudios empíricos realizados en los últimos 15 años sobre el tratamiento cognitivo conductual de la fobia social en adultos (continuación)

Fuente	Sujetos	Instrumentos	Grupos	Descripción del tratamiento	Eficacia
Davidson et al. (2004)	<p>N= 295 (47,1% mujeres) con FSG, según el DSM-IV Edad: 18-65 años (M= 37,1)</p> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algún otro TA primario comórbido • Historia de trastorno bipolar o psicosis. • TDM en los últimos 6 meses • TCSP en el último año • Retraso mental o discapacidad grave • Enfermedad médica inestable • Asistir actualmente a otro tratamiento psiquiátrico o tomar medicación psicotrópica 	<ul style="list-style-type: none"> • BSPS (Davidson et al., 1991) • SPAI (Turner, Beidel et al., 1989) • SUDS • Test de evaluación conductual 	<ol style="list-style-type: none"> 1. TCCI 2. Fluoxetina 3. Placebo 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº sesiones: 8 - Se presentó al grupo en la última media hora de la segunda sesión • Duración: 2,5 horas <p>Mediciones pre-post y a los 6 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • TCCI: <ul style="list-style-type: none"> - Exposición en vivo - RC - EHS (se usa la representación de papeles) - Intervención en grupo - Nº de sujetos: 5 a 6 • Fluoxetina o placebo <ul style="list-style-type: none"> - Dosis: 10-60 mg./día • Nº de sesiones: 14 	<p>Todos los tratamientos activos mostraron resultados significativamente superiores que los del grupo placebo ($p < 0,05$).</p> <p>A la 4ª semana de iniciar el tratamiento, la fluoxetina fue significativamente ($p < 0,05$) más eficaz que la TCCI + fluoxetina, la TCCI + placebo y el placebo pero al finalizar el tratamiento no había diferencias significativas.</p> <p>La TCCI fue más eficaz que la TCCI + fluoxetina, la TCCI + placebo</p>

(continúa)

Tabla 8. Algunos estudios empíricos realizados en los últimos 15 años sobre el tratamiento cognitivo conductual de la fobia social en adultos (continuación)

Fuente	Sujetos	Instrumentos	Grupos	Descripción del tratamiento	Eficacia
Herbert <i>et al.</i> (2005)	N= 65 sujetos (56,9% mujeres) con FS y TPE, según el DSM-IV (APA, 1994) Edad: M= 33,7 años (DT= 10,8)	Para el diagnóstico de FS y de trastornos comórbidos: <ul style="list-style-type: none"> • SCID-I/P (First <i>et al.</i>, 1996) • ADIS-IV-L (Brown <i>et al.</i>, 1994) Para el diagnóstico del TPE: <ul style="list-style-type: none"> • SCID-II (First, Spitzer, Gibbon, Williams y Benjamin, 1994) Otras medidas de FS o constructos relacionados: <ul style="list-style-type: none"> • SPAI (Turner, Beidel <i>et al.</i>, 1989) • FQ-SP (Marks y Mathews, 1979) • Brief FNE (Leary, 1983) • Test de evaluación conductual 	1. TCCG con EHS 2. TCCG sin EHS	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizó una adaptación del protocolo del tratamiento de Heimberg y colaboradores (Heimberg, 1991; Heimberg y Becker, 2002) • Características: <ul style="list-style-type: none"> – Nº de sesiones: 12 – Frecuencia: una vez por semana – Duración: dos horas – Nº de pacientes: cada grupo tenía entre cuatro y seis – Nº de terapeutas: 10 	La prueba <i>t</i> mostró diferencias significativas entre ambos grupos, en la SPAI-SP y la versión breve de la FNE, siendo ligeramente mayor en el que recibió TCCG+EHS
Andersson <i>et al.</i> (2006)	N= 64 con FS, según el DSM-IV Edad: 18-67 años	Para el diagnóstico de FS y de trastornos comórbidos: <ul style="list-style-type: none"> • SCID-I (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1995) Otras medidas de FS o constructos relacionados: <ul style="list-style-type: none"> • LSAS-SR (Liebowitz, 1987) • SPS y SIAS (Mattick y Clarke, 1998) • SPSQ (Furmark <i>et al.</i>, 1999) • PRCS (Paul, 1966) 	1. TCCI + 2 grupos en vivo 2. Lista de espera	<ul style="list-style-type: none"> • TCC: <ul style="list-style-type: none"> – 9 sesiones semanales (individuales) de entrega de un manual de autoayuda por Internet – Dos sesiones de grupo en vivo – Contacto mínimo con el terapeuta mediante el correo electrónico – Mediciones pre-post y a los 12 meses 	Los resultados apoyan el uso de Internet para la distribución de programas de autoayuda para personas diagnosticadas con FS ($d= 0,87$ y $0,70$ dentro y entre grupos, respectivamente)

(continúa)

Tabla 8. Algunos estudios empíricos realizados en los últimos 15 años sobre el tratamiento cognitivo conductual de la fobia social en adultos (continuación)

Fuente	Sujetos	Instrumentos	Grupos	Descripción del tratamiento	Eficacia
Clark <i>et al.</i> (2006)	N= 62 con FS, según el DSM-IV. La mayoría (885) con FSG Edad: 18-60 años (M= 31,95; DT= 8,58)	Para el diagnóstico de FS y de trastornos comórbidos: <ul style="list-style-type: none"> • ADIS-IV (Brown <i>et al.</i>, 1994) • SCID-I (First <i>et al.</i>, 1995) • SCID-II (First <i>et al.</i>, 1997) Otras medidas de FS o constructos relacionados: <ul style="list-style-type: none"> • SPC, que incluía: <ul style="list-style-type: none"> - SPWSS (Clark <i>et al.</i>, 2003) - SPS y SIAS (Mattick y Clarke, 1998) - LSAS (Liebowitz, 1987) - SPAI-SP (Turner, Beidel <i>et al.</i>, 1989) • FNE (Watson y Friend, 1969) 	1. TC 2. Exposición + relajación aplicada 3. Lista de espera 4. TC 5. Exposición + relajación aplicada 6. Lista de espera	<ul style="list-style-type: none"> • TC (basado en Clark <i>et al.</i>, 2003): <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del modelo de Clark y Wells (1995) con los propios pensamientos, imágenes, estrategias de atención, comportamientos de seguridad y sintomas de los pacientes - Ejercicios vivenciales en los que se manipula sistemáticamente el centrar la atención y los comportamientos de seguridad para demostrar sus efectos adversos - Entrenamiento sistemático en centrar la atención en algo externo, practicando en situaciones sociales y no sociales - Técnicas para reestructurar la autoimagen distorsionada (incluyendo el uso de la videoretroalimentación). - Preguntar a otras personas respecto a sus creencias sobre asuntos como ruborizarse o temblar - Estructuración de la confrontación con las situaciones sociales temidas en las cuales el paciente pone a prueba las predicciones negativas previstas mientras se deja de lado los comportamientos de seguridad habituales y se centra en cuestiones externas 	La TC y la de exposición + relajación aplicada fueron superiores a la lista de espera en todas las medidas ($p < 0,05$). En la medida compuesta para la FS (SPC), la TC fue superior a la de exposición + relajación aplicada

(continúa)

Tabla 8. Algunos estudios empíricos realizados en los últimos 15 años sobre el tratamiento cognitivo conductual de la fobia social en adultos (continuación)

Fuente	Sujetos	Instrumentos	Grupos	Descripción del tratamiento	Eficacia
McEvoy (2007)	<p>153 sujetos (39% mujeres) con FS Edad: $M=32,5$ años ($DT=10,1$). Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia • Trastorno esquizoafectivo • Disfunción cerebral orgánica 	<p>Para el diagnóstico de FS y de trastornos comórbidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIDI-Auto (WHO, 1997b) <p>Otras medidas de FS o constructos relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SIAS y SPS (Mattick y Clarke, 1998) 	<p>1. TCCG</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición + relajación aplicada: <ul style="list-style-type: none"> – Ejercicios de exposición graduada en vivo (no representación de papeles) – Entrenamiento en relajación. Se instruye a los pacientes para que usen la técnica en las situaciones fóbicas sólo cuando hayan completado el entrenamiento (hacia la 10ª sesión) • Asignación de tareas para casa. Nº de sesiones: 14 • Duración: 90 minutos • Tres sesiones de refuerzo durante los tres primeros meses de seguimiento • Mediciones pre-post y a los 3 y 12 meses 	
				<ul style="list-style-type: none"> • TCCG: <ul style="list-style-type: none"> – Psicoeducación – Discusión sobre los comportamientos de seguridad – Exposición graduada – Retroalimentación con vídeo, – Aplicación de los principios del tratamiento (p. ej., desafiar los pensamientos, centrar la atención, experimentos conductuales) a las anticipaciones y al procesamiento posterior al acontecimiento – Reestructuración cognitiva de las creencias negativas – Asertividad 	<p>Se obtuvo una eficacia en la reducción de los síntomas de la ansiedad social y de la depresión. Se observa en la prueba t, pre y posttratamiento, SPS: $t(121)=10,84$; $p=0,05$; SIAS: $t(122)=10,48$; $p=0,05$; BDI: $t(119)=10,71$; $p=0,05$ y el tamaño del efecto, SPS ($d=0,8$), SIAS ($d=1,0$) y BDI ($d=0,8$)</p>

(continúa)

Tabla 8. Algunos estudios empíricos realizados en los últimos 15 años sobre el tratamiento cognitivo conductual de la fobia social en adultos (continuación)

Fuente	Sujetos	Instrumentos	Grupos	Descripción del tratamiento	Eficacia
				<ul style="list-style-type: none"> • Características: <ul style="list-style-type: none"> – Nº de sesiones: 7 – Frecuencia: una vez por semana – Duración: 4 horas – Nº de terapeutas: 1 a 3 – Nº pacientes: 5 a 9 	

Nota: FS= fobia social; SCID-I/P= Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; LSAS-SR= Liebowitz Social Anxiety Scale, Self-Report Version; SPS= Social Phobia Scale; SIAS= Social Interaction Anxiety Scale; SPSQ= Social Phobia Screening Questionnaire; PRCS= Personal Report on Confidence as a Speaker; TCC= terapia cognitivo conductual individual; TP= trastorno de pánico; TA= trastorno de ansiedad; TDM= trastorno depresivo mayor, TCSP= trastorno por consumo de sustancias psicoactivas; TCA= trastornos de la conducta alimentaria; MINI-R= MINI International Neuropsychiatric Interview; BPS= Brief Social Phobia Scale; FNE= Fear of Negative Evaluation Scale; FSG= fobia social generalizada; SPWSS= Social Phobia Weekly Summary Scale; TC= terapia cognitiva; ADIS-IV= Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV; SCID-I= Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders; SPC= Social Phobia Composite; LSAS= Liebowitz Social Anxiety Scale; SPAI-SP= Social Phobia and Anxiety Inventory-Social Phobia Subscale; BDI= Beck Depression Inventory; TC= terapia cognitiva; SUDS= Subjective Units of Distress Scale; TCCI= terapia cognitivo conductual integral; EHS= entrenamiento en habilidades sociales; SISST= Social Interaction Self-Statement Test; IMAO= inhibidores de monoaminooxidasa; TCCG= terapia cognitivo conductual en grupo; TCCGo= terapia cognitivo conductual en grupo asistida por ordenador; RC= reestructuración cognitiva; SAD= Social Avoidance and Distress Scale; TPE= trastorno de la personalidad por evitación; CIDI-Auto= Composite International Diagnostic Interview-Auto; WHO= World Health Organization; FQ= Fear Questionnaire.

8.2. Tratamiento farmacológico

En la actualidad, el uso de los tratamientos farmacológicos se basa en un mayor conocimiento sobre la mediación de circuitos neurológicos específicos en la fobia social, especialmente de los sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos y noradrenérgico, con lo cual logran reducirse los síntomas centrales y los niveles de discapacidad generados por el trastorno. Dada la perspectiva de que el TAS es de origen multicausal, se considera que un tratamiento cognitivo conductual junto con el farmacológico pueden normalizar las alteraciones funcionales neuroanatómicas en la fobia social (Furmark *et al.*, 2002), por lo que se recomienda que cuando se use el medicamento se realice la TCC para exponerse activamente (y tanto como sea posible) a las situaciones que se temen y, de esta forma, que haya un cambio estructural y funcional a nivel cerebral.

Hoy en día se están utilizando, en primera línea, los antidepresivos que pertenecen al grupo de *inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina* (ISRS, p. ej., paroxetina, sertralina, fluoxetina, fluvoxamina, venlafaxina y escitalopram, comercialmente conocidos como Seroxat, Paxil, Zoloft, Prozac, Luvox, Celexa), los cuales parecen ser más eficaces para el tratamiento de la fobia social. Estos medicamentos requieren de al menos 12 semanas de duración para observar los efectos y se recomienda que la medicación se siga al menos durante 6 meses debido a que, a veces, tienen un comienzo de acción relativamente lento. Entre las cuestiones más favorables del consumo de los ISRS está que son mejor tolerados, tienen menos efectos adversos y, en consecuencia, hay también una menor tasa de abandono comparada con lo que ocurre con los *inhibidores de la monoaminoxidasa* (IMAO; que además requieren restricciones dietéticas y farmacológicas) y los *inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa tipo A* (IRMA), cuyos efectos terapéuticos para los síntomas de la fobia social son menos convincentes. De todos modos, aún está el interrogante de si todos los ISRS tienen la misma eficacia pues, como señalan Stein, Ipser y van Balkom (2008), en un estudio con fluoxetina hubo una tasa de respuesta relativamente alta al placebo y no fue compatible con varios informes abiertos iniciales del valor de esta medicación en la fobia social.

Una línea de tratamiento más tradicional corresponde a la de los IMAO (p. ej., moclobemida, tranilcipromine y, especialmente, la fenelcina), que fue considerada, hasta hace poco, como la más eficaz en la reducción de la sintomatología de la fobia social, sobre todo en los pacientes con fobia social generalizada. Por su parte, las pruebas empíricas de los *betabloqueadores* (p. ej., atenolol, propanolol, pindolol) han mostrado que resultan más eficaces en los casos de fobia social en situaciones sociales de actuación (p. ej., hablar en público), ya que reducen los síntomas autónomos

(p. ej., taquicardia, sudoración, boca seca, etc.), pero no lo son para los casos de fobia social generalizada.

Hoy en día, también se están investigando los efectos de los *nuevos antipsicóticos* (p. ej., la quetiapina, conocida comercialmente como Seroquel o Ketipinor), sobre todo con pacientes que no responden bien al tratamiento con ISRS, y se mantienen entre las opciones de tratamiento disponibles los antidepresivos del grupo de IRMA (p. ej., moclobemida y brofaromine; el primero es conocido comercialmente como Aurorix) y las benzodicepinas de alta potencia (p. ej., clonacepam, bromacepam, alprazolam), estas últimas de rápido efecto (de 2 a 3 semanas) en la sintomatología de la fobia social, pero con dos inconvenientes: 1) los efectos adversos considerables (p. ej. dosis elevadas de alprazolam pueden provocar eventos cognitivos adversos como desinhibición y un pobre juicio social), y 2) representan un riesgo de abuso y dependencia con lo cual hay mayores inconvenientes para su prescripción (sobre todo, para quienes tengan una historia de abuso del alcohol).

Respecto al uso de fármacos en niños y adolescentes con fobia social, bien vale la pena comentar que existen menos ensayos clínicos controlados y todavía se consideran como un tratamiento de segunda elección. No obstante, dado que los agentes psicofármacos de nueva generación (los ISRS) están emergiendo como una nueva línea de tratamiento para el TAS, abren un nuevo abanico de posibilidades para el tratamiento infantojuvenil, dada su probada seguridad, tolerancia y eficacia. Hasta la fecha hay pruebas respecto a la sertralina (p. ej., Compton *et al.*, 2001), la paroxetina (p. ej., Wagner *et al.*, 2004) y la fluoxetina (Beidel *et al.*, 2007).

9. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

En este apartado teórico se han presentado las principales características clínicas de la fobia social o trastorno de ansiedad social, los criterios empleados para su diagnóstico y los últimos avances conocidos (a través de la página web de la APA) en cuanto a las posibles variaciones en dichos criterios para la última versión del DSM (publicada en mayo de este año). Se incluyó también un apartado sobre el diagnóstico diferencial y la comorbilidad de la fobia social, así como los distintos planteamientos acerca de la etiología del trastorno, incluyendo desde los modelos clásicos (como el de Hofmann y Barlow y el de Clark y Wells) hasta el modelo más recientes de Kimbrel y que dejan ver desde perspectivas unicasales a otras que son integradoras en la explicación del origen y mantenimiento de la fobia social. En este apartado, nos atrevimos a proponer un modelo que sirviera especialmente a los clínicos para la formulación de sus casos y facilitara el proceso de explicación del TAS al paciente. Posteriormente, abordamos con amplitud la evaluación y el diagnóstico de la fobia social, centrándonos en los principales instrumentos utilizados, por tratarse del eje central de esta tesis doctoral y, finalmente, perfilamos los distintos tratamientos para el trastorno. Ambos aspectos (tanto la evaluación como el tratamiento) incluyen una puesta al día de los temas.

De acuerdo con los datos epidemiológicos, el TAS presenta una alta variabilidad de prevalencia entre los distintos países y destaca el ocupar lugares importante entre los trastornos mentales más frecuentes y su alta comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad y los trastornos por abuso/dependencia de alcohol. Todas estas cuestiones llevan a considerar el impacto que tiene el TAS en las diversas áreas de funcionamiento de la persona que padece el trastorno, pero también hay un importante impacto a nivel social y sanitario. A largo plazo, el trastorno puede cronificarse y si una persona afectada no está debidamente evaluada y no recibe tratamiento oportuno y eficaz puede tener consecuencias mayores, como abandonar sus estudios o su carrera profesional o desarrollar otros trastornos psicológicos que aumenten los costes económicos sanitarios por tratamientos añadidos.

A nivel conceptual hay que señalar que desde que se reconoció a la fobia social como un trastorno psiquiátrico se han logrado avances importantes, pero continúan pendientes algunos asuntos. Uno de ellos tiene que ver con la dimensionalidad de la fobia social y lo que esto puede implicar para su diagnóstico y tratamiento. El grupo de trabajo del DSM-5 ha decidido considerar tres tipos de situaciones sociales (observación, interacción y actuación) que pueden ser el centro del temor y, de paso, ha eliminado la especificación del subtipo generalizado. Esta cuestión afectará

directamente la evaluación en este campo y tenemos que decir que posiblemente no sea esto lo mejor. Consideramos que algunas cuestiones aún quedan por resolverse en el campo y destacamos principalmente dos: 1) ¿cómo identificar los subtipos de la fobia social de tal manera que esta subclasificación sea relevante en los ámbitos clínico (sobre todo con miras al tratamiento) y de investigación? y 2) ¿es necesario diferenciar la fobia social generalizada del trastorno de la personalidad por evitación?

En cuanto a la etiología, pese a que los datos señalan que hay variables que parecen poder jugar un papel en la génesis de la fobia social, tales como la heredabilidad de los miedos, la inhibición conductual, la sensibilidad a la ansiedad, la vulnerabilidad del SNA, el papel de los padres y la crianza, el déficit de habilidades sociales o la presencia de experiencias traumáticas tempranas, entre otros, todavía se desconoce el “grado de varianza” o el peso de cada una de ellas en el desarrollo de la fobia social. Ante esto, queda el desafío para los clínicos de realizar una evaluación exhaustiva de cada caso y utilizar sus habilidades para analizar funcionalmente los distintos factores y formular los casos, de tal manera que pueda dar respuesta a cómo se originó y, sobre todo, qué aspectos mantienen el trastorno. Lo que sí queda claro es que no se puede buscar la unicausalidad de la fobia social y el reto del clínico estará en analizar, con rigor, las interacciones de las variables biológicas y contextuales (ambientales) que se han conjugado en la historia individual de quien padece el trastorno.

Aunque en el campo se han producido avances importantes, en estas últimas tres décadas, en la evaluación y el tratamiento del TAS, estos no son temas acabados. En lo concerniente a la evaluación, se mantiene el desafío, sobre todo en los ámbitos no anglosajones, por mejorar e implementar el uso de las entrevistas diagnósticas y desarrollar medidas de autoinforme que ayuden a realizar una evaluación en profundidad del trastorno y más aún en la población infantojuvenil. A este respecto, esperamos que este trabajo y el del grupo de investigación dirigido por el profesor Caballo, aporte con el desarrollo y validación de cuestionarios para la evaluación de la ansiedad social en adultos, niños y adolescentes.

En lo que se refiere al tratamiento, el reto es aún mayor, pues aunque se disponen de protocolos de intervención psicológica, estos no están ajustados a las características idiosincráticas de los pueblos que no son angloparlantes, con lo que cabe esperar que las diferencias culturales dificulten su aplicación con éxito. En este sentido, se requiere y con urgencia, crear y probar la eficacia de programas que disminuyan el sufrimiento de millones de personas afectadas que, como seres fundamentalmente sociales, se encuentran implicadas continuamente en relaciones sociales (disfuncionales) con sus congéneres.

II. APARTADO EXPERIMENTAL

10. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La evaluación de la ansiedad/fobia social es un campo relativamente reciente comparado con el de otros trastornos mentales, pues su desarrollo prácticamente comienza con la inclusión oficial de este trastorno en el DSM-III (APA, 1980). A partir de la década de los 80, comienzan a desarrollarse en algunos países anglosajones diversas medidas de autoinforme que hoy en día tienen un amplio uso internacional y que se corresponden con la conceptualización de la fobia social (o trastorno de ansiedad social) y no sólo con constructos cercanos a ella, como lo son el miedo a la evaluación negativa, el malestar o la evitación social, que ya estaban siendo evaluados por otros cuestionarios, como la FNE y la SAD.

Aunque ha habido un gran avance en la construcción de cuestionarios, inventarios o escalas para evaluar la ansiedad/fobia social, como el SPAI, la LSAS-SR, la SPS, la SIAS y el SPIN, estos presentan ciertas limitaciones que consideramos importantes a la hora de utilizarlas en población hispanohablante. Algunas de estas cuestiones ya fueron comentadas en el apartado teórico, pero de forma resumida son las siguientes: 1) son instrumentos creados para población angloparlante, quienes socioculturalmente pueden tener diferencias importantes con respecto a la población hispanohablante y que pueden reflejarse en las situaciones sociales temidas por los miembros de ambas culturas; 2) en la mayoría de los casos, los autoinformes han sido traducidos (y retrotraducidos) pero no han sido adaptados a la nueva cultura, intentando preservar una buena traducción sin dar prioridad a las adaptaciones lingüísticas del español y del portugués; 3) algunos cuestionarios resultan demasiado largos, ya sea porque tienen ítems a los que se debe contestar en dos sentidos distintos (p. ej., miedo y evitación de las situaciones enunciadas en los ítems, como sucede en la LSAS-SR) o porque tienen formatos de respuesta múltiple (p. ej., para especificar contextos en los que se experimenta el temor o para indicar los síntomas experimentados en las situaciones sociales, como es el caso del SPAI); 4) la forma en que han sido creados los cuestionarios, las escalas e inventarios para la ansiedad/fobia social responde a una conceptualización teórica (p. ej., los ítems se adaptaron con base en los criterios del DSM-III o el DSM-IV), a la adaptación de otras medidas (como ocurrió con el SPIN) y al juicio de expertos. En pocas palabras, el método utilizado ha sido deductivo y no con base empírica; 5) las medidas de autoinforme identifican a los sujetos con fobia social a partir de puntuaciones globales dificultando el establecimiento del grado de generalización del trastorno o la correcta especificación del subtipo generalizado tal y como se indica en el DSM-IV; 6) los puntos de corte no han tenido en cuenta las diferencias de sexo que han sido documentadas por los trabajos con muestras generales; 7) cuando se han utilizado estos autoinformes en países donde el idioma nativo no es el inglés se han propuesto puntos de corte

óptimos distintos a los originales (p. ej., la LSAS-SR en Brasil, el SPIN en Alemania y en Brasil) y, finalmente y quizás el aspecto más importante, 8) todos los autoinformes parecen tener problemas de validez de constructo y esto puede observarse en la inestabilidad y variabilidad de las soluciones factoriales informadas en los diversos estudios (documentados en el marco teórico) y en el hecho de que la LSAS-SR, a SPS, la SIAS y el SPIN han basado parte de su validez convergente al aplicarlo con el SPAI (que tampoco ofrece una solución factorial estable). Esto último apoya la falta de pruebas consistentes sobre la validez transcultural de estos autoinformes.

Si bien es cierto que estas medidas de autoinforme presentan algunos aspectos de interés, como, por ejemplo, la intención de evaluar distintos aspectos de la fobia social que en el SPAI correspondería a las manifestaciones a nivel cognitivo, somático y conductual en las situaciones sociales y en la LSAS-SR corresponde a la medición del temor a la situación social, por una parte, y el grado de evitación de dichas situaciones, por otra, algunas de sus características y deficiencias particulares nos condujo a intentar cerrar un poco estas brechas y nos impulsó a desarrollar un nuevo cuestionario para medir la ansiedad/fobia social en la población adulta, el “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30), que tuviera propiedades psicométricas adecuadas y que pudiera ser utilizado en los ámbitos clínico y de investigación con población hispanohablante.

Con este objetivo, nos propusimos utilizar un método inductivo-deductivo para la creación de los ítems del cuestionario, partiendo de las experiencias particulares de ansiedad en situaciones sociales de la población general e integrando, posteriormente, la opinión de los expertos una vez se tuvieran (de primera mano) las situaciones sociales temidas por los propios sujetos y se hubieran hecho los análisis estadísticos necesarios, empleando para ello grandes muestras, tanto clínicas como no clínicas, de una gran diversidad de países de habla española y portuguesa.

Dado que también se esperaba que el instrumento fuera relativamente breve, de fácil aplicación y con utilidad clínica, se realizaron los análisis estadísticos para la selección y reducción del número de ítems, los análisis factoriales (exploratorio y confirmatorio) y los análisis exploratorios de ecuaciones estructurales para definir la estructura factorial del cuestionario y probar cuál era el modelo de ansiedad social que subyacía. Igualmente, se realizaron análisis de fiabilidad y de consistencia interna, así como los análisis correlacionales necesarios para validar el cuestionario y, finalmente, se utilizaron los análisis ROC para definir los puntos de corte con el fin de identificar a los sujetos con ansiedad social teniendo en cuenta las diferencias de sexo.

Para facilitar la comprensión del proceso de desarrollo del cuestionario, el apartado experimental de esta tesis doctoral se organizó por “estudios”. En cada estudio se ha aplicado

alguna de las versiones del CASO-A (la versión inicial con 512 ítems, la versión revisada con 72 ítems, la versión modificada con 116 ítems, la versión de 80 ítems o la versión definitiva con 30 ítems, sin considerar los ítems de control) o se ha variado la muestra utilizada. Por esto se incluye en cada estudio el objetivo específico de dicha parte de la investigación, el método y los resultados obtenidos y, sólo al final, se presenta una discusión general de todo el trabajo de investigación.

Este estudio ha requerido de varios años de investigación (que se remontan incluso a años previos al inicio de este doctorado), la formación de un grupo de investigación central y el apoyo de un gran número de colaboradores de España, Portugal y (hasta) 18 países de Latinoamérica. Todo esto fue posible, gracias a que este trabajo de investigación dio continuidad a un proyecto parcialmente financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología de España (ref. BSO2003-07029/PSCE), el Fondo Europeo de Desarrollo Regional y la Fundación VECA para el Avance de la Psicología Clínica Conductual. Para más información al respecto, véase Caballo *et al.* (2006).

A continuación se presenta, entonces, el proceso de desarrollo y validación del que es hoy en día una nueva medida de autoinforme para evaluar la ansiedad/fobia social en adultos de habla hispana, el “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30).

11. OBJETIVOS

11.1. Objetivos generales

1. Desarrollar un nuevo instrumento de autoinforme para la evaluación transcultural de la ansiedad/fobia social en población adulta hispanohablante.
2. Evaluar las propiedades psicométricas (validez, fiabilidad, consistencia interna) de un nuevo cuestionario para la evaluación transcultural de la ansiedad/fobia social en adultos hispanoparlantes.

11.2. Objetivos específicos

1. Seleccionar los ítems que componen el nuevo cuestionario para la evaluación transcultural (en España, Portugal y Latinoamérica) de la ansiedad/fobia social en población adulta.
2. Hallar los índices de consistencia interna y de fiabilidad del nuevo cuestionario con muestras clínicas y no clínicas de los distintos países iberoamericanos.
3. Hallar la validez de constructo (factorial, convergente y discriminante) del nuevo cuestionario con muestras clínicas y generales de los distintos países iberoamericanos.
4. Hallar la validez concurrente del nuevo cuestionario, utilizando como criterio la “Entrevista diagnóstica para los trastornos de ansiedad según el DSM-IV a lo largo de la vida” (ADIS-IV-L), con población general y población clínica.
5. Hallar los puntos de corte del nuevo cuestionario para la identificación de sujetos con ansiedad/fobia social en los distintos países iberoamericanos.

12. PRIMER ESTUDIO. VERSIÓN REVISADA DEL “CUESTIONARIO DE INTERACCIÓN SOCIAL PARA ADULTOS”: DEL CISO-A AL CASO-AR

12.1. Objetivo

El objetivo de este estudio fue construir la versión revisada, de un nuevo instrumento de autoinforme para evaluar la ansiedad/fobia social en población adulta iberoamericana, el “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (el CASO-AR con 72 ítems) y evaluar sus propiedades psicométricas.

12.2. Método

12.2.1. *Participantes*

Un total de 13397 sujetos de la población general de España y 10 países de Latinoamérica participaron en este estudio. La tabla 9 muestra la media y desviación típica de los participantes por sexo en los 11 países. La muestra fue homogénea con respecto al sexo (54,27% era mujer), la edad mínima de los participantes era de 16 años y la distribución por rangos de edad fue la siguiente: 40,4% tenía menos de 20 años, 22,7% entre 20 y 24 años, 12,49% entre 25 y 30, 16,61% entre 31 y 50 y el 7,83% 51 o más años. En cuanto al nivel ocupacional, el 17,6% era estudiante de Psicología, el 40,6% era estudiante de otra carrera universitaria, el 14,0% era trabajador con título universitario, el 13,1% era trabajador sin título universitario, el 9,3% era estudiante de bachillerato y el 3,7% era ama de casa, desempleado o jubilado. El 1,7% no proporcionó esta información. De los 13397 sujetos, un total de 12144 fueron utilizados para realizar los distintos análisis factoriales.

12.2.2. *Instrumento*

Para este estudio se utilizó el “Cuestionario de interacción social para adultos” (CISO-A; Caballo *et al.*, 2006). Esta versión inicial del cuestionario estaba formada por 512 ítems, más cuatro ítems de control. Los ítems se originaron a partir de más de las 10 mil situaciones sociales productoras de temor, ansiedad, malestar o nerviosismo, registradas diariamente (en papel) por estudiantes voluntarios de Psicología y obtenidos también por el método de bola de nieve entre sus familiares y

amigos. Estas situaciones fueron reuniéndose a lo largo de seis años y aunque los estudiantes eran de la Universidad de Granada, hay que señalar que dicha universidad recibe estudiantes de las distintas regiones de España.

Tabla 9. Edad de los sujetos y distribución por país y sexo (N= 13397)

País	Mujeres			Hombres			Total		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Argentina	499	30,25	10,89	378	29,82	11,42	877	30,05	11,11
Brasil	702	26,07	9,48	547	27,55	10,79	1249	26,76	10,12
Chile	376	26,90	10,86	308	27,91	11,52	684	27,36	11,16
Colombia	852	24,70	9,60	774	25,47	9,81	1626	25,21	9,78
Costa Rica	205	23,23	9,42	122	18,87	5,82	327	21,58	8,51
España	905	22,80	8,80	668	27,01	12,00	1573	24,58	10,48
México	2377	25,14	10,34	1954	25,29	9,68	4331	25,22	10,05
Paraguay	91	24,62	8,03	77	21,91	6,82	168	23,27	7,57
Perú	1002	23,08	8,37	978	23,25	8,00	1980	23,16	8,18
Uruguay	101	32,39	12,27	100	33,43	10,93	201	32,92	11,60
Venezuela	195	27,53	11,91	186	25,56	9,73	381	26,52	10,88
Total	7271	25,15	10,05	6126	25,75	10,22	13397	25,43	10,13

A partir de estas situaciones descritas por la población general se inició la selección de los posibles escenarios para los análisis por parte de dos expertos en el tema de la ansiedad social, quienes excluyeron de estas situaciones aquellas que fueran redundantes o no se trataran de situaciones de carácter social, quedando 2171 escenarios. Estos fueron agrupados nuevamente con base en su similitud quedando un total de 512 situaciones sociales que fueron redactadas en forma de ítems y que, junto con cuatro ítems de control, formaron esta versión inicial del cuestionario. Los ítems de control se refieren a situaciones que típicamente producen altos niveles de malestar (p. ej., un evento vital estresante como “que me atraque o robe una pandilla de delincuentes”) y están redactados de tal forma que se contesten en una misma dirección de dificultad. La distribución de los ítems fue realizada al azar.

El CISO-A tenía una escala de respuesta Likert de 7 puntos (0= “nada”, 1= “muy poco”, 2= “poco”, 3= “medio”, 4= “bastante”, 5= “mucho” y 6= “muchísimo”) que permitía indicar el nivel de malestar, tensión o nerviosismo en cada situación. Al final del cuestionario se incluyeron algunas

líneas en blanco para que los participantes las rellenaran con alguna situación social que consideraban no había sido evaluada y les producía algún nivel de malestar, tensión o nerviosismo.

12.2.3. *Procedimiento*

Una vez se obtuvo la versión inicial del cuestionario, se contactó por e-mail con posibles colaboradores en España y Latinoamérica. Finalmente, 106 colaboradores de 11 países participaron en la revisión del instrumento, la adaptación del lenguaje del cuestionario para cada país³, en la aplicación de los cuestionarios y en rellenar la base de datos (BD). La mayoría de ellos era profesor de universidad (algunos con experiencia en investigación) y los demás trabajaban en gabinetes o centros clínicos (públicos y privados). Para la versión portuguesa del cuestionario, se utilizó el procedimiento de traducción y retrotraducción del portugués al español hasta lograr un acuerdo entre los traductores. Los ítems fueron ordenados al azar y una vez se tuvieron todas las versiones del cuestionario para cada país, se realizó la aplicación y, posteriormente, el ingreso de los datos en la BD de Excel. Esta BD estaba preparada y validada con el fin de minimizar algunos posibles errores durante la digitación. Este proceso duró un año y cinco meses y la distribución de los colaboradores (grupos de investigación) por países fue la siguiente: Argentina= 16 (6), Brasil= 7 (5), Chile= 7 (3), Colombia= 16 (8), Costa Rica= 1 (1), España= 10 (8), México= 35 (22), Paraguay= 3 (1), Perú= 8 (8), Uruguay= 2 (1) y Venezuela= 1 (1).

12.2.4. *Análisis de datos*

Se utilizaron distintos programas: Statistica, v. 7.1 (*Statsoft*, 2006), SAS v. 9.1.3 (*SAS Institute*, 2006), PRELIS v. 2.3 o LISREL v. 8.8 (*Scientific Software International*, 2006a, 2006b), según el tipo de análisis requerido.

³ Por ejemplo, "Provocar un atasco de tráfico" en España se convertía en "Provocar un embotellamiento de tráfico" en Argentina o Cuba, "Provocar una trancadera de tránsito" en Bolivia, "Provocar un trancón" en Colombia, "Provocar una presa de tránsito en la calle" en Costa Rica, "Provocar un embotellamiento de tránsito" en Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México o Nicaragua, "Provocar un tranque de tránsito" en Panamá, "Provocar un embotellamiento en la calle" en Paraguay, "Provocar un congestionamiento vehicular" en Perú, "Provocar un tapón de tránsito" en Puerto Rico, "Provocar un tapón de tráfico" en República Dominicana, "Provocar un embotellamiento" en Uruguay, "Provocar una cola de tránsito" en Venezuela y "Provocar um engarrafamento no trânsito" en Brasil y Portugal.

Con el objetivo de reducir el número de ítems del cuestionario se realizaron varios procedimientos. Lo primero fue un análisis factorial exploratorio (AFE) de componentes principales con rotación varimax y el análisis jerárquico de factores oblicuos, con el fin de optimizar una estructura compleja mediante la captura de un pequeño número saturaciones grandes y un amplio número de saturaciones pequeñas para cada factor. Posteriormente, se usó el análisis de conglomerados (*clusters*) de componentes principales oblicuos, con el fin de que los ítems no se superpusieran en los distintos grupos y poder interpretar cada grupo como unidimensional. Este procedimiento, que es iterativo, permite además maximizar la varianza explicada del grupo y garantiza que los componentes del mismo tienen una fuerte relación entre ellos y una relación débil con los componentes de otros grupos. Los ítems de cada conglomerado (*cluster*) fueron utilizados posteriormente en un nuevo AFE y un análisis factorial confirmatorio (AFC). De estos análisis fueron excluidos los cuatro ítems de control, porque su función era estimar cuántos sujetos habrían rellenado el cuestionario al azar, pero dado el tamaño tan grande de la muestra en relación con el número tan pequeño de participantes que fueron identificados por los ítems de control, no se tomaron medidas

12.3. Resultados

12.3.1. *Análisis factorial*

La estructura inicial del CISO-A, definida a partir del AFE y el análisis jerárquico de factores oblicuos, fue de seis factores, todos con valores propios superior a la unidad. Luego, el análisis de conglomerados (*clusters*), forzando la solución de seis factores, permitió extraer y agrupar los 12 ítems que compondrían cada grupo (“cluster” o factor) del cuestionario. La tabla 10 muestra la distribución final de los ítems de cada grupo.

12.3.2. *Análisis factorial exploratorio*

Se realizó un AFE con el objetivo de evaluar si los 72 ítems seleccionados para esta nueva versión del instrumento, que denominaremos “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-AR), coincidían con los seis factores originales del CISO-A (Caballo *et al.*, 2006). Dada la naturaleza

Tabla 10. Saturaciones de los ítems por cada factor del CISO-A y correlaciones ítem-total del cuestionario

Factores e ítems		F1	F2	F3	F4	F5	F6	r _{i-t}
F1. Comportamientos torpes en situaciones embarazosas								
304.	Equivocarme delante de la gente	0,54	0,02	-0,06	0,05	0,06	0,23	0,648
306.	Intentar iniciar una conversación y no saber cómo	0,54	0,05	0,13	0,11	0,03	0,01	0,659
307.	Darme cuenta que la persona con la que estoy hablando se aburre	0,68	0,05	-0,02	0,17	0,02	-0,08	0,629
386.	No saber cómo seguir hablando cuando se acaba el tema de conversación	0,52	0,00	0,25	0,07	0,02	-0,03	0,634
387.	Que esté hablando y nadie parezca hacerme caso	0,79	-0,05	-0,04	0,16	0,02	-0,09	0,592
388.	Hacer una propuesta a un grupo de amigos y que no la tomen en cuenta	0,71	-0,05	0,05	0,14	0,03	-0,08	0,600
389.	Quedarme solo en una fiesta donde no conozco a nadie	0,58	0,11	0,08	0,12	-0,11	0,07	0,654
417.	Intentar terminar una conversación y no saber cómo hacerlo	0,52	0,08	0,14	0,04	0,10	-0,01	0,665
420.	Estar en el piso de unos amigos y que nadie hable conmigo	0,69	0,06	-0,08	0,10	0,01	0,01	0,609
456.	Que me regañe un superior	0,60	0,08	-0,20	-0,01	0,18	0,15	0,621
470.	Hablar con un desconocido y que insista en preguntarme sobre temas personales	0,66	0,12	-0,15	0,04	0,06	-0,02	0,557
487.	Estar en casa de unos desconocidos y no saber qué hacer ni qué decir	0,47	0,09	0,07	0,09	0,05	0,04	0,617
F2. Interacción con el sexo opuesto								
230.	Que me llame por teléfono una persona atractiva del sexo opuesto	-0,29	0,65	0,4	0,20	0,12	0,07	0,570
247.	Sentirme observado por personas del sexo opuesto	0,10	0,48	0,13	0,09	-0,02	0,08	0,658
289.	Decir a una persona del sexo opuesto el amor que siento por ella	0,04	0,74	-0,07	0,04	0,00	-0,03	0,549
316.	Intentar conocer activamente a alguien que me atrae y que aún no conozco	0,26	0,45	0,05	0,02	0,03	0,03	0,656
342.	Hablar con personas del sexo opuesto que me gustan	-0,01	0,73	0,09	0,02	-0,01	0,02	0,640
343.	Que una persona del sexo opuesto me mire descaradamente	0,25	0,50	-0,02	0,03	0,05	-0,05	0,601
362.	Pedir una cita a una persona del sexo opuesto	0,20	0,67	-0,06	0,03	-0,05	0,02	0,642
397.	Que una persona del sexo opuesto me diga que le gusto	0,11	0,72	0,01	-0,02	0,01	-0,02	0,636
421.	Sacar a bailar a una persona del sexo opuesto	0,19	0,52	0,11	-0,03	-0,03	0,03	0,616
447.	Estar a solas con alguien que me gusta mucho	0,13	0,74	0,05	-0,01	-0,06	-0,03	0,643
452.	Que una persona del sexo opuesto me pida que salga con ella	-0,02	0,71	0,16	-0,06	0,06	-0,02	0,642
453.	Hablar de sentimientos íntimos con una persona del sexo opuesto	0,05	0,61	0,17	-0,06	0,05	-0,04	0,611

(continúa)

Tabla 10. Saturaciones de los ítems por cada factor del CISO-A y correlaciones ítem-total del cuestionario (continuación)

Factores e ítems		F1	F2	F3	F4	F5	F6	r_{i-t}
F3. Interacción con desconocidos								
270.	Que mis amigos traigan amigos suyos a los que no conozco	0,06	-0,03	0,56	0,07	0,09	0,05	0,569
275.	Saludar a todas las personas asistentes a una reunión social cuando a muchas de ellas no las conozco	0,26	-0,05	0,41	0,07	0,07	0,11	0,641
283.	Ir a un acto social donde solo conozco a una persona	0,18	0,01	0,43	0,10	0,03	0,11	0,630
332.	Hablar por teléfono con personas poco conocidas	-0,03	-0,03	0,68	0,07	0,05	0,04	0,554
333.	Saludar a alguien quien no conozco mucho	-0,03	-0,02	0,76	0,07	0,00	0,00	0,563
418.	Hacer nuevos amigos	-0,04	0,13	0,58	-0,04	0,00	0,09	0,542
441.	Hablar con una persona desconocida	0,07	0,09	0,70	0,02	-0,05	-0,02	0,594
443.	Que me presenten a gente desconocida	-0,07	0,09	0,78	0,00	-0,02	0,00	0,567
449.	Que me saquen a bailar en una fiesta	-0,02	0,33	0,37	-0,06	0,10	0,00	0,545
467.	Mantener una conversación con una persona a la que acabo de conocer	0,11	0,20	0,54	-0,03	-0,04	0,09	0,667
501.	Mirar a los ojos mientras hablo con una persona a la que acabo de conocer	-0,07	0,22	0,44	0,01	0,07	0,03	0,523
504.	Preguntar a un desconocido por algo	-0,12	-0,04	0,67	0,00	0,15	0,01	0,470
F4. Quedar en evidencia o en ridículo								
14.	Ir a una fiesta donde no conozco a nadie	0,05	0,14	0,08	0,56	-0,19	0,08	0,479
18.	Pedir algo a alguien poco conocido	0,04	-0,02	0,09	0,55	0,00	0,04	0,456
20.	Que me llamen la atención por algo	0,12	0,08	-0,21	0,50	0,04	0,15	0,458
39.	Estar en una mesa con desconocidos en una boda	0,00	0,05	0,20	0,57	-0,10	0,07	0,521
44.	Que me critiquen	0,05	0,08	-0,12	0,48	0,11	0,08	0,455
52.	Saludar a una persona y no ser correspondido	0,12	-0,05	0,17	0,61	-0,02	-0,10	0,470
54.	Dar mi opinión y que no me entiendan	0,09	-0,05	0,03	0,51	0,18	-0,07	0,446
70.	Que me gasten una broma en público	0,07	0,11	-0,04	0,47	-0,05	0,15	0,488
73.	Hablar con alguien que no me mira	0,21	-0,08	0,06	0,55	0,02	-0,17	0,369
128.	Pedir un favor y que te digan que no	0,19	-0,02	-0,05	0,48	0,20	0,00	0,545
147.	Salir o entrar en mitad de un acto público	0,08	-0,02	0,13	0,40	0,09	0,12	0,551
197.	Hacer una pregunta en público y que nadie me conteste	0,31	-0,08	-0,08	0,40	0,13	0,15	0,582

(continúa)

Tabla 10. Saturaciones de los ítems por cada factor del CISO-A y correlaciones ítem-total del cuestionario (continuación)

Factores e ítems		F1	F2	F3	F4	F5	F6	$r_{i,t}$
F5. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado								
160.	Pedir a una persona en el autobús que no me pise ni empuje	-0,05	-0,01	-0,04	0,20	0,56	0,11	0,542
201.	Pedir a alguien que está golpeando insistentemente el respaldo de mi asiento que se esté quieto	-0,13	0,02	-0,01	0,19	0,63	0,5	0,511
217.	Expresar mi fastidio a una persona que se está metiendo conmigo	-0,10	0,04	-0,10	0,14	0,64	0,13	0,524
222.	Pedir que se calle a alguien que está hablando demasiado alto en el cine	-0,08	-0,03	0,03	0,14	0,63	0,09	0,549
260.	Pedir explicaciones a alguien	0,07	0,14	0,19	-0,02	0,46	-0,05	0,578
263.	Contradecir la opinión de mis padres	0,15	-0,01	0,15	-0,06	0,54	-0,15	0,464
264.	Discutir con mis padres porque no quiero hacer un recado	0,26	-0,06	0,09	-0,02	0,52	-0,16	0,472
285.	Tener que decirle a un vecino que deje de hacer ruido	0,27	-0,03	0,06	-0,01	0,53	-0,01	0,597
299.	Discutir con un taxista que el camino que está siguiendo no es el más corto	0,17	0,02	0,06	-0,06	0,55	0,00	0,548
411.	Decirle a un familiar que me está importunando	0,32	0,06	0,05	-0,09	0,46	-0,02	0,596
482.	Decir a alguien que su comportamiento me está molestando y pedir que deje de hacerlo	0,13	0,04	0,06	-0,07	0,56	0,01	0,549
513.	Decirle a un amigo/a o compañero/a que ha hecho algo que me molesta	0,14	0,05	0,07	-0,08	0,55	0,01	0,554
F6. Hablar/actuar en público/ Hablar con personas de autoridad								
23.	Que me pregunte un profesor en clase	-0,11	0,02	0,00	0,26	-0,10	0,65	0,503
167.	Hablar con personas de prestigio	-0,12	0,16	0,03	0,13	0,16	0,45	0,578
194.	Tener que hablar en clase, en el trabajo o en una reunión	-0,11	-0,07	0,08	0,12	0,01	0,77	0,578
195.	Ser entrevistado	-0,06	-0,02	0,04	0,15	0,09	0,62	0,576
208.	Que mis superiores quieran hablar conmigo	-0,09	0,16	-0,03	0,16	0,21	0,42	0,603
249.	Participar en una reunión con personas de autoridad	0,11	0,14	0,10	-0,06	0,11	0,44	0,647
269.	Actuar en público	0,29	-0,04	0,03	-0,06	-0,08	0,60	0,577
376.	Hablar en público	0,27	-0,02	0,08	-0,10	-0,10	0,68	0,624
401.	Dirigirme y/o iniciar una conversación con personas de autoridad	0,25	-0,03	0,17	-0,10	-0,02	0,57	0,651
465.	Improvisar o hacer algo ante un grupo de desconocidos	0,19	0,14	0,17	-0,15	0,13	0,39	0,680
476.	Hacer una exposición ante personas de mayor nivel cultural	0,46	0,03	0,12	-0,07	0,01	0,32	0,681
		0,45	0,13	-0,09	-0,13	0,03	0,39	0,636

Nota. En **negrita** las saturaciones más altas del ítem en el factor; $r_{i,t}$ = correlaciones ítem-total.

ordinal de los datos, se halló, en primer lugar, la matriz de correlaciones policóricas de las puntuaciones directas de los 72 ítems y se comprobó que se cumplían las siguientes condiciones: (1) los ítems no tenían distribuciones extremas (asimetría de -0,36 a 0,41 con error típico [ET] de 0,023, curtosis de -1,07 a 0,33 con ET= 0,05); (2) todos los ítems de cada grupo por separado tenían altas correlaciones ítem-total corregidas (índice de homogeneidad) (de 0,459 a 0,726); (3) todos los factores propuestos tenían más de cuatro ítems; (4) la muestra era lo suficientemente grande como para corregir posibles fluctuaciones de las correlaciones; (5) la mayoría de los ítems de la matriz de correlación anti-imagen tendía a cero y (6) el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) superaba el límite recomendado de 0,50. Dado que los datos cumplían estas condiciones, se procedió a realizar el análisis ordinal a través del método de mínimos cuadrados no ponderados (*unweighted least squares*, ULS) y la rotación promax. Los resultados de la prueba de esfericidad de Bartlett, $\chi^2= 2556$; $gl= 352275,768$; $p < 0,000$), mostraron que las variables se correlacionaban positivamente y que los datos eran suficientes para un AFE. Además, el índice KMO de 0,984 mostró una alta proporción de varianza común explicada por los factores. Así, ambos índices apoyan la adecuación del análisis factorial de los datos.

Los índices de adecuación de muestreo de la matriz (*matrix sampling adequacy*, MSA) (desde 0,951 hasta 0,994) confirman que se realizó un adecuado muestreo de las variables y que en todos los casos se adapta a la estructura del resto de las variables (de hecho, están por encima del valor de 0,500 que se utiliza generalmente como el límite para descartar una variable del análisis). Por último, el 60% de comunalidades estaba por encima de 0,50 (en un rango de 0,35 a 0,70).

Para decidir el número óptimo de factores se realizó un análisis paralelo (Horn, 1965), mediante el procedimiento de Monte Carlo con 200 repeticiones, para determinar el número de valores propios con valores superiores que se obtendrían con este mismo número de sujetos y de variables (es decir, generar un grupo de valores aleatorios con distribución normal, calcular la matriz de correlaciones y someterlo a un análisis de componentes principales para calcular los valores propios de medios). Los resultados muestran que la solución de seis factores es la que mejor se ajusta a nuestros datos, dado que el tamaño de los valores propios generados aleatoriamente después del factor 6 es mayor que los valores propios observados.

El AFE identificó seis factores con valores propios superiores a la unidad y que explican el 50,24% de la varianza acumulada. Las saturaciones de los ítems aparecen en la tabla 10. El primer factor con un valor propio de 25,49, explicó el 35,42% de la varianza total. Los 12 ítems con saturaciones más altas en este factor describen *Comportamientos torpes en situaciones*

embarazosas. El segundo factor mostró un valor propio de 3,22 y explicó el 4,47% de la varianza. Los 12 ítems con saturaciones más altas describen situaciones de *Interacción con el sexo opuesto*. El factor 3 mostró un valor propio de 2,32 y explicó el 3,23% de la varianza. Los ítems de este factor se refieren a situaciones de *Interacción con desconocidos*. El factor 4 con un valor propio de 1,98, explicó el 2,76% de la varianza. Los ítems se refieren a *Quedar en evidencia o en ridículo*. El factor 5 con un valor propio de 1,67, explicó el 2,33% de la varianza y se relaciona con la *Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado*. El factor 6 con un valor propio de 1,46, explicó el 2,03% de la varianza e incluyó situaciones de *Hablar/actuar en público/Interacción con personas de autoridad*. Las correlaciones inter-factores fueron moderadas (rango= 0,33 a 0,60) (tabla 11).

Tabla 11. Correlaciones inter-factores del análisis factorial exploratorio del CASO-A con 72 ítems

Factores	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
Factor 1	1,00					
Factor 2	0,56	1,00				
Factor 3	0,50	0,58	1,00			
Factor 4	0,42	0,37	0,33	1,00		
Factor 5	0,51	0,49	0,46	0,46	1,00	
Factor 6	0,50	0,60	0,51	0,45	0,49	1,00

12.3.3. *Análisis factorial confirmatorio*

Los resultados obtenidos en el AFE fueron sometidos a continuación al AFC. Se utilizó el método de estimación robusta de máxima verosimilitud (*robust maximum likelihood*, RML) para la evaluación de tres modelos: 1) un factor simple, 2) seis factores correlacionados y 3) seis factores de primer orden y un factor de segundo orden. La razón para incluir estos modelos es que en nuestros análisis se halló una estructura de seis factores y en algunos estudios han encontrado un solo factor de orden superior que explica la ansiedad social (p. ej., Mattick y Clarke, 1998; Osman *et al.*, 1996) incluso con muestras de españolas (Olivares *et al.*, 2004), mientras que otros han informado de soluciones de tres a seis factores (p. ej., Baker *et al.*, 2002; Connor *et al.*, 2000; Davidson *et al.*, 1997; Safren *et al.*, 1999). Siguiendo las recomendaciones hechas por Bentler (1995), una comparación de factores de estimación robusta y no robusta sugirió que ni la curtosis ni la asimetría de las distribuciones afectan los resultados. Las pruebas de curtosis multivariada ofrecieron los siguientes resultados, la prueba de Srivastava: $b2p= 3,9672$; $N(b2p)= 106.583$; $p= 0,000$ y la prueba de Mardia:

b2p= 787,3477; N(b2p)= 254,7749; p= 0,000. Cuando los análisis se aplicaron a las puntuaciones transformadas, los resultados no difirieron significativamente en los tres modelos.

Dado que el número de ítems (72) era un poco elevado a la hora de la realización de un AFC, decidimos utilizar el procedimiento de agrupamiento (*parceling*) (Bandalos, 2002; Coffman y McCallum, 2005; Nasser-Abu Alhija y Wisenbaker, 2006; Sass y Smith, 2006). Cada factor quedó con cuatro grupos, formados con la suma de tres ítems seleccionados al azar. En total quedaron 24 grupos como indicadores de las seis variables latentes. Antes de formar los grupos, se verificó la unidimensionalidad de cada factor y se calcularon los índices de consistencia interna (α de Cronbach) de los seis factores hipotéticos, los cuales fueron altos (F1= 0,92, F2= 0,92, F3= 0,91, F4= 0,86, F5= 0,88 y F6= 0,91).

Los resultados de la evaluación de los tres modelos se podría resumir así: 1) las respuestas observadas pueden explicarse por cualquiera de los tres modelos evaluados; 2) cada uno de los indicadores tiene una saturación que es estadísticamente diferente de 0 (es decir, los valores de t son superiores a 2,58) en el factor hipotético y saturaciones de cero en los demás factores; y 3) las medidas de error asociadas con los indicadores no están correlacionados entre sí. Los resultados de las comparaciones de contraste de los tres modelos se resumen en la tabla 12.

Tabla 12. Índices de ajuste de los tres modelos evaluados para el CASO-A con 72 ítems

Tipo de ajuste	Índices	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Ajuste total	S-B χ^2	51629,98 $p= 0,000$	12746,49 $p= 0,000$	14706,52 $p= 0,000$
	gI	252	237	246
	GFI	0,70	0,91	0,89
	SRMR	0,064	0,036	0,043
Ajuste relativo	NFI	0,95	0,99	0,99
	NNFI	0,95	0,99	0,98
	RFI	0,94	0,99	0,98
Ajuste basado en la no centralidad	CFI	0,95	0,99	0,99
	RMSEA	0,12	0,063	0,066
	IC 90%	(0,12; 0,12)	(0,062; 0,064)	(0,065; 0,067)
	p -close	0,000	0,000	0,000

Nota. S-B χ^2 = chi cuadrado de Satorra-Bentler; GFI (*goodness of fit index*)= índice de bondad del ajuste; SRMR (*standardized root mean square residual*, raíz cuadrada de la media de residuos al cuadrado)= valores < a 0,10 se consideran favorables, cuanto menor sea el SRMR mejor es el ajuste del modelo; NFI (*normed fit Index*, índice de ajuste normado)= valores > a 0,95 indican un buen ajuste; NNFI (*nonnormed fit index*)= índice de ajuste no normado; RFI (*relative fit index*, índice de ajuste relativo)= valores > a 0,90 indican un buen ajuste; CFI (*comparative fit index*, índice de ajuste comparativo)= valores > a 0,90 indican un buen ajuste; RMSEA (*root mean square error of approximation*, error de aproximación de la raíz cuadrada media)= valores \leq 0,05 indican un buen ajuste, valores entre 0,05 y 0,08 sugieren error razonable de aproximación y valores \geq a 0,10 sugieren mal ajuste (Kline, 2005); IC 90%= intervalo de confianza de 90% para la RMSEA; p -close (*p-value for test of close fit*)= probabilidad de que la RMSA sea < a 0,05.

Como se observa en la tabla 12, los modelos 2 y 3 mostraron un buen ajuste total; sin embargo, el modelo 2 tuvo un mejor ajuste que el modelo 3. El RMSEA, el SRMR, el GFI, el NNFI y el RFI fueron mejores en el modelo 2 que en el modelo 3. Otros índices que comparan el ajuste de estos modelos, tales como la fiabilidad compuesta (es decir, la consistencia interna de los constructos) y la varianza media extraída (*average variance extracted*, AVE) (es decir, validez o grado en que los indicadores miden de forma precisa el constructo correspondiente) indicaron un ajuste similar en ambos modelos, aunque de nuevo el modelo 2 es un poco mejor que el modelo 3 (tabla 13).

Tabla 13. Índices de ajuste de los tres modelos evaluados para el CASO-AR con 72 ítems

	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	Fiabilidad compuesta	AVE	Fiabilidad compuesta	AVE	Fiabilidad compuesta	AVE
Factor 1	0,963	0,522	0,903	0,699	0,903	0,699
Factor 2	--	--	0,912	0,721	0,913	0,724
Factor 3	--	--	0,886	0,660	0,886	0,660
Factor 4	--	--	0,839	0,567	0,840	0,568
Factor 5	--	--	0,869	0,624	0,868	0,622
Factor 6	--	--	0,883	0,654	0,883	0,654

Nota. AVE (*average variance extracted*)= varianza media extraída.

Para el cálculo de la fiabilidad compuesta se siguió la fórmula:

$$\rho_c = \frac{(\sum \lambda)^2}{(\sum \lambda)^2 + \sum(\theta)}$$

donde ρ_c es la fiabilidad compuesta, λ las saturaciones factoriales (*loadings*) y θ las varianzas de error de los indicadores.

Para obtener las varianzas medias extraídas, aplicamos la fórmula:

$$\rho_v = \frac{(\sum \lambda^2)}{[\sum \lambda^2 + \sum(\theta)]}$$

donde ρ_v es la varianza media extraída, λ las saturaciones factoriales (*loadings*) y θ las varianzas de error de los indicadores.

La media de las correlaciones inter-ítems fue de 0,486 para el factor 1, 0,487 para el factor 2, 0,436 para el factor 3, 0,337 para el factor 4, 0,382 para el factor 5, de 0,442 para el factor 6 y de

0,337 para todo el cuestionario. Como se observa en la tabla 14, las correlaciones inter-factores fueron de moderadas a altas (0,64 a 0,84).

Tabla 14. Correlaciones inter-factores del análisis factorial confirmatorio del CASO-A con 72 ítems

Factores	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
Factor 1	1,00					
Factor 2	0,78	1,00				
Factor 3	0,72	0,83	1,00			
Factor 4	0,80	0,65	0,64	1,00		
Factor 5	0,79	0,72	0,74	0,76	1,00	
Factor 6	0,83	0,84	0,81	0,77	0,78	1,00

12.3.4. *Validez discriminante*

Con el fin de determinar la validez discriminante, la AVE se comparó con el coeficiente de determinación (R^2) para cada par de variables latentes. Esto puede considerarse como una clara prueba de la validez discriminante, ya que cada constructo latente tiene que explicar las medidas que lo componen, en lugar de explicar las medidas de otros constructos. En nuestro caso, todas las comparaciones realizadas (10 en total) mostraron una AVE mayor que el R^2 . En los modelos 2 y 3, los seis factores mostraban una AVE mayor de 0,50 y, por lo tanto, se puede concluir que una gran cantidad de la varianza del indicador en ambos modelos es capturada por el constructo.

13. SEGUNDO ESTUDIO. VALIDEZ FACTORIAL Y FIABILIDAD DE LA VERSIÓN REVISADA DEL “CUESTIONARIO DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADULTOS” (CASO-AR)

13.1. Objetivo

El objetivo de este estudio fue establecer las propiedades psicométricas de la versión revisada del “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-AR), formado por 72 ítems.

13.2. Método

13.2.1. Participantes

Al igual que en el estudio anterior, se evaluó a la población general de España y 10 países de Latinoamérica. Un total de 11026 sujetos participaron en este estudio. La tabla 15 muestra la media y desviación típica de la edad de los participantes por sexo en los 11 países. Esta también fue una muestra homogénea por sexo (53,83% era mujer), la edad mínima de los participantes fue de 16 años y la distribución por rangos de edad fue la siguiente: 30,6% tenía menos de 20 años, 39,6% entre 20 y 24 años, 11,5% entre 25 y 30, 13,6% entre 31 y 50 y 4,8% 51 o más años. En cuanto al nivel ocupacional, el 22,7% era estudiante de Psicología, el 36,6% era estudiante de otra carrera universitaria, el 16,8% era trabajador con título universitario, el 7,5% era trabajador sin título universitario, el 10,6% tenía otra ocupación (estudiante preuniversitario, ama de casa, desempleado o jubilado). El 5,7% no proporcionó esta información. De los 11026 sujetos, un total de 10118 fueron utilizados para realizar los análisis factoriales.

13.2.2. Instrumentos

En este estudio se utilizó el “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-AR), formado por 72 ítems más cuatro ítems de control, obtenido en el estudio anterior. Como en la primera versión del cuestionario, los ítems fueron distribuidos al azar. Se mantuvieron las instrucciones originales del cuestionario y la forma de indicar el grado de malestar, tensión o nerviosismo, que aunque seguía siendo en una escala Likert de 7 puntos, ahora iba de 1= “nada” a 7= “muchísimo”.

Tabla 15. Edad de los sujetos y distribución por país y sexo en el estudio con el CASO-AR (N= 11026)

País	Mujeres			Hombres			Total		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Argentina	329	23,38	5,42	348	24,77	8,53	677	24,09	1,56
Brasil	405	31,04	13,06	358	30,12	11,39	763	30,61	12,30
Chile	310	26,76	11,65	297	26,53	10,83	607	26,64	11,25
Colombia	870	26,11	11,98	857	27,80	13,00	1727	26,96	12,53
Costa Rica	363	25,87	9,10	186	25,35	9,68	549	25,69	9,29
España	1335	23,24	8,66	907	26,21	11,41	2242	24,44	9,97
México	1258	25,25	12,16	1128	25,55	9,93	2386	25,39	11,16
Paraguay	100	22,48	5,83	100	21,85	5,85	200	22,16	5,83
Perú	529	21,27	6,33	497	21,71	6,84	1026	21,49	6,58
Uruguay	135	31,30	12,78	114	34,29	13,11	249	32,67	12,99
Venezuela	301	19,77	4,12	299	20,53	4,57	600	20,15	4,36
Total	5935	24,79	10,51	5091	25,81	10,74	11026	25,65	10,63

13.2.3. Procedimiento

El CASO-AR fue adaptado para cada país y posteriormente enviado a los 103 colaboradores (51 grupos de investigación) de los 11 países participantes, cuya distribución en este trabajo fue así: Argentina= 13 (3), Brasil= 13 (5), Chile= 6 (3), Colombia= 14 (8), Costa Rica= 3 (2), España= 14 (8), México= 24 (12), Paraguay= 3 (1), Perú= 5 (5), Uruguay= 3 (1) y Venezuela= 5 (3). Esta fase de aplicación y reunión de todos los datos duró un año aproximadamente.

13.2.4. Análisis de datos

Los análisis univariados y multivariados se analizaron utilizando el programa PRELIS 2.3 (*Scientific Software International, 2006*). Se realizó un AFC para probar cuál de los dos modelos obtenidos en el estudio anterior presentaba un mejor ajuste y hallar algunas propiedades psicométricas iniciales del CASO-AR, como la consistencia interna y la fiabilidad. Nuevamente, para estos análisis se excluyeron los ítems de control.

13.3. Resultados

13.3.1. *Análisis factorial confirmatorio del CASO-AR*

Como los datos no cumplieron con la condición de normalidad multivariada (asimetría- $z=79,114$; $p=0,000$; Curtosis- $z=98,164$; $p=0,000$), el AFC se desarrolló con base en las matrices de varianzas-covarianzas y de covarianza asintótica mediante el método de estimación robusta de máxima verosimilitud (*robust maximum likelihood*, RML). También se utilizó el mismo procedimiento de formación de grupos (*parceling*) empleado en el estudio anterior.

La bondad de ajuste se verificó a través de indicadores diferentes, absolutos, relativos y no centralizados, como el índice de bondad del ajuste (*goodness of fit index*, GFI), la raíz cuadrada de la media de residuos al cuadrado (*standardized root mean square residual*, SRMR), el índice de ajuste normado (*normed fit index*, NFI), el índice de ajuste no normado (*nonnormed fit index*, NNFI), el índice de ajuste relativo (*relative fit index*, RFI), el índice de ajuste comparativo (*comparative fit index*, CFI) y el error de aproximación de la raíz cuadrada media (*root mean square error of approximation*, RMSEA). Un nivel de ajuste aceptable fue definido por los siguientes criterios: GFI > 0,90, SRMR < 0,08, NFI > 0,95, NNFI > 0,95, RFI > 0,95, CFI > 0,95 y RMSEA (< 0,06; IC 90%). Se utilizaron múltiples índices de ajuste porque proporcionan información diversa sobre el ajuste del modelo y permiten evaluar la solución de una forma más conservadora y fiable.

Los datos obtenidos en el estudio anterior indicaron que debían analizarse dos modelos: 1) el de seis factores correlacionados y 2) el de seis factores de primer orden y un factor de segundo orden. De manera consistente con estos análisis, el modelo de seis factores correlacionados (GFI= 0,94; SRMR=0,038; NFI=0,99; NNFI= 0,99; RFI= 0,99; CFI=0,99; RMSEA= 0,052) presentó, en términos generales, un mejor ajuste que el modelo jerárquico (GFI= 0,88; SRMR=0,072; NFI= 0,98; NNFI= 0,98; RFI= 0,98; CFI= 0,98; RMSEA= 0,072).

Todos los parámetros estimados libremente (rango de 0,64 a 0,88) fueron estadísticamente significativos ($p \text{ value} < 0,001$). Las saturaciones factoriales estimadas mostraron que los indicadores estaban fuertemente relacionados con las variables latentes (R^2 estuvo en un rango entre 0,41 y 0,77), apoyando que los indicadores utilizados son medidas fiables de las seis dimensiones que componen la ansiedad social. Finalmente, los seis factores mostraron correlaciones positivas y moderadamente altas.

13.3.2. *Consistencia interna y fiabilidad del CASO-AR*

Se calculó la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach para cada factor (con 12 ítems en cada uno) y la suma de los factores. Para el factor 1 el alfa fue de 0,89, para el factor 2 fue de 0,88, para el factor 3 fue de 0,86, para el factor 4 fue de 0,87, para el factor 5 fue de 0,84 y para el factor 6 fue de 0,90. Para la escala total, el alfa de Cronbach fue de 0,97.

La fiabilidad fue calculada por el método de las dos mitades de Guttman y para la puntuación global del CASO-AR fue de 0,97. Las medias de las correlaciones inter-ítems fue de 0,40 para el factor 1, de 0,40 para el factor 2, de 0,35 para el factor 3, de 0,36 para el factor 4, de 0,30 para el factor 5 y de 0,42 para el factor 6. La correlación media inter-ítem total fue de 0,28.

14. TERCER ESTUDIO. FIABILIDAD Y VALIDEZ CONVERGENTE Y DIVERGENTE DEL “CUESTIONARIO DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADULTOS” (CASO-AR)

14.1. Objetivo

El objetivo de este estudio fue hallar la validez convergente y divergente del “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-AR), formado por 72 ítems (+ 4 de control).

14.2. Método

14.2.1. *Participantes*

Para este estudio fueron evaluados 514 estudiantes de dos universidades españolas, de entre 17 y 62 años ($M= 21,98$; $DT= 5,20$). La distribución por rangos de edad fue la siguiente: 29,5% tenía menos de 20 años, 58,0% entre 20 y 24 años, 8,2% entre 25 y 30, 3,3% entre 31 y 50 y 1,0% 51 o más años. Del total de estudiantes, el 73,7% era mujer con una edad media de 21,55 años ($DT= 4,68$) y el 26,3% era varón, con una edad media de años de 23,00 años ($DT= 6,41$).

14.2.2. *Instrumentos*

Las medidas de autoinforme utilizadas fueron las siguientes:

- a) El “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-AR). En esta fase se utilizó la versión revisada del CISO-A, formada por 72 ítems (+ 4 de control), que mostró elevados niveles de fiabilidad y consistencia interna, además de una sólida validez factorial, en el estudio 2. Este cuestionario evalúa seis dimensiones de la ansiedad social: 1) Comportamientos torpes en situaciones embarazosas, 2) Interacción con el sexo opuesto, 3) Interacción con desconocidos, 4) Quedar en evidencia o en ridículo, 5) Expresión asertiva de molestia, desagrado o desagrado y 6) Hablar/actuar en público/Hablar con personas de autoridad. El individuo debe indicar el nivel de malestar, tensión o nerviosismo en cada una de las situaciones sociales utilizando una escala Likert de 7 puntos (de 1= “nada” a 7= “muchísimo”). La puntuación total está entre 72 y 504 (no se incluyen los ítems de control) y para cada dimensión está entre 12 y 84, siendo las

puntuaciones más altas un indicador de mayores niveles de ansiedad social (total y en cada dimensión).

- b) El “Inventario de ansiedad y fobia social” (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*; Turner, Beidel *et al.*, 1989). Este inventario está formado por 45 ítems distribuidos en dos subescalas: Fobia social (32 ítems) y Agorafobia (13 ítems). Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 7 puntos (1= “nunca” a 7= “siempre”). Del total de ítems, 21 tienen un formato de respuesta múltiple. Para obtener la puntuación de la subescala de Fobia social, se suman todos los ítems, teniendo en cuenta que en los ítems compuestos debe calcularse antes el promedio con base en las respuestas dadas en cada subítem. La puntuación de la subescala de Agorafobia se obtiene sumando directamente la puntuación de los últimos 13 ítems del SPAI. Para obtener la puntuación total del SPAI se resta la subescala de Agorafobia a la de Fobia social. Los autores propusieron un punto de corte de 60, para identificar a aquellos sujetos con fobia social.
- c) La “Escala de ansiedad social, de Liebowitz - versión de autoinforme” (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión, LSAS-SR*; Liebowitz, 1987). Es un instrumento de 24 ítems que evalúa la Ansiedad y la Evitación de situaciones sociales específicas. Los sujetos puntúan en una escala Likert de 4 puntos (0= “ninguno/nunca” a 3= “grave/habitualmente”), el grado de ansiedad o miedo y la frecuencia de evitación, respectivamente. La puntuación total de la escala, así como de ambas subescalas, se obtiene sumando las puntuaciones directas informadas por el individuo, y está en un rango entre 0 y 144. Los puntos de corte más utilizados para establecer si tiene fobia social y la especificación del subtipo “generalizado” son 30 y 60, respectivamente (Mennin *et al.*, 2002; Rytwinski *et al.*, 2009).
- d) El “Inventario de fobia social” (*Social Phobia Inventory, SPIN*; Connor *et al.*, 2000). Este inventario está formado por 17 ítems que evalúan la presencia y la gravedad de distintos aspectos de la ansiedad social, tales como el miedo, la evitación y los síntomas fisiológicos, experimentados durante la última semana. Cada ítem se califica en una escala Likert de 5 puntos (0= “nada” a 4= “muchísimo”), obteniéndose una puntuación entre 0 y 68. El punto de corte establecido por los autores para identificar a sujetos con fobia social es de 19.

14.2.3. Procedimiento

Todas las medidas de autoinforme fueron aplicadas en una sola sesión de grupo, durante una hora aproximadamente. Se informó a los estudiantes sobre el objetivo de la investigación y se solicitó su participación voluntaria y sin ningún tipo de retribución económica.

14.2.4. *Análisis de datos*

Se utilizó el programa PASW *Statistics*, versión 18.0, para los análisis estadísticos. Primero, se obtuvieron las puntuaciones directas de todas las medidas de autoinforme y se calcularon los índices de fiabilidad (mediante el método de las dos mitades de Guttman) y consistencia interna (alfa de Cronbach). Posteriormente, con el objetivo de hallar la validez convergente del CASO-AR, se calcularon los coeficientes de correlación (de Pearson) entre la puntuación global (y los factores) del CASO-AR con las puntuaciones de la subescala de Fobia social y el total del SPAI, las subescalas y la puntuación total de la LSAS-SR y la puntuación global del SPIN. La subescala de Agorafobia del SPAI fue utilizada para calcular la validez divergente del CASO-AR mediante las correlaciones de Pearson.

14.3. Resultados

14.3.1. *Consistencia interna y fiabilidad del CASO-AR, la LSAS-SR, el SPAI y el SPIN*

Los niveles de consistencia interna (indicados por el alfa de Cronbach) y los índices de fiabilidad (obtenidos por el método de las dos mitades de Guttman) del CASO-AR, la LSAS-SR, el SPAI y el SPIN aparecen en la tabla 16. El CASO-AR, la subescala de Fobia social del SPAI y el SPIN mostraron índices de fiabilidad y consistencia interna muy altos, los de las demás escalas fueron altos, excepto la fiabilidad de la subescala de Agorafobia del SPAI que fue moderada.

14.3.2. *Validez convergente del CASO-AR*

La tabla 17 muestra las relaciones entre la puntuación global del CASO-AR y sus seis factores con las puntuaciones de las otras tres medidas de autoinforme para la ansiedad/fobia social aplicadas. Las correlaciones más altas se observan entre la puntuación total del CASO-AR y el total de las demás medidas (de 0,56 a 0,78), al igual que entre los factores del CASO-AR que se encuentran generalmente en la mayoría de los cuestionarios, como son “Hablar/actuar en público/Hablar con personas de autoridad” (de 0,44 a 0,76), “Interacción con desconocidos” (de 0,51 a 0,68), “Quedar en evidencia o en ridículo” (de 0,44 a 0,61). La subescala de Evitación de la LSAS-SR mostró las correlaciones más bajas con el total y los factores del CASO-A.

Tabla 16. Niveles de consistencia interna (α de Cronbach) y de fiabilidad (dos mitades de Guttman) de las distintas medidas de autoinforme

Medidas de autoinforme/factores o subescalas	<i>n</i>	Consistencia interna	Fiabilidad
CASO-AR			
F1. Comportamientos torpes en situaciones embarazosas	500	0,86	0,84
F2. Interacción con el sexo opuesto	502	0,90	0,87
F3. Interacción con desconocidos	497	0,89	0,86
F4. Quedar en evidencia o en ridículo	508	0,83	0,83
F5. Expresión asertiva de molestia, desagrado o desagrado	503	0,84	0,78
F6. Hablar/actuar en público/Hablar con personas de autoridad	502	0,92	0,92
Total CASO-AR	459	0,97	0,92
LSAS-SR			
Ansiedad	502	0,90	0,87
Evitación	505	0,88	0,83
Total LSAS-SR	500	0,93	0,84
SPAI			
Fobia social	495	0,97	0,92
Agorafobia	498	0,86	0,79
SPIN	479	0,91	0,91

Nota. CASO-AR= "Cuestionario de ansiedad social para adultos", versión revisada; LSAS-SR= "Escala de ansiedad social, de Liebowitz - versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*); SPAI= "Inventario de ansiedad y fobia social" (*Social Phobia and Anxiety Inventory*); SPIN= "Inventario de fobia social" (*Social Phobia Inventory*).

14.3.3. Validez convergente y divergente del CASO-AR

Las correlaciones entre el CASO-AR, tanto de sus factores como la puntuación global, y la subescala de Agorafobia del SPAI fueron significativas y pequeñas (entre 0,25 y 0,37), lo que indica que miden constructos diferentes (tabla 17).

Tabla 17. Correlaciones (de Pearson) entre el CASO-AR y sus factores con las otras medidas de autoinforme

CASO-AR y sus factores	Validez convergente						Validez discriminante
	SPAI-FS	SPAI-Total	LSAS-Ans	LSAS-Evi	LSAS-Total	SPIN	SPAI-Agorafobia
F1. Comportamientos torpes en situaciones embarazosas	0,64	0,60	0,59	0,43	0,60	0,59	0,33
F2. Interacción con el sexo opuesto	0,62	0,58	0,58	0,45	0,58	0,58	0,32
F3. Interacción con desconocidos	0,68	0,64	0,63	0,51	0,64	0,60	0,34
F4. Quedar en evidencia o en ridículo	0,61	0,56	0,55	0,44	0,56	0,56	0,35
F5. Expresión asertiva de molestia, desagrado o desagrado	0,49	0,44	0,50	0,39	0,44	0,48	0,29
F6. Hablar/actuar en público/Hablar con personas de autoridad	0,75	0,76	0,62	0,44	0,76	0,64	0,25
Total CASO-AR	0,78	0,74	0,72	0,56	0,74	0,69	0,37

Notas. CASO-A= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; SPAI-FS= subescala de Fobia social del "Inventario de ansiedad y fobia social" (*Social Phobia and Anxiety Inventory*); SPAI-Total= procedimiento típico de puntuación del SPAI: puntuación de la subescala de Fobia social - puntuación de la subescala de Agorafobia; LSAS-Ans= subescala de Ansiedad de la LSAS-SR (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*); LSAS-Evi= subescala de Evitación de la LSAS-SR (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*); SPIN= "Inventario de fobia social" (*Social Phobia Inventory*); SPAI-Agorafobia= subescala de Agorafobia del "Inventario de ansiedad y fobia social" (*Social Phobia and Anxiety Inventory*). Todas las correlaciones fueron significativas ($p < 0,01$).

15. CUARTO ESTUDIO. VALIDEZ FACTORIAL DE LA VERSIÓN MODIFICADA DEL CASO-AR (CON 116 ÍTEMS) CON MUESTRA GENERAL

15.1. Objetivo

El objetivo de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas de la modificación del “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (el CASO-AR con 116 ítems) con una muestra no clínica.

15.2. Método

15.2.1. *Participantes*

En este estudio participaron 2105 sujetos de la población general, cuya edad oscilaba entre los 16 y los 71 años de edad ($M= 24,56$; $DT= 8,38$) y de los cuales 1362 eran mujeres ($M= 23,95$ años; $DT= 7,74$) y 737 eran hombres ($M= 25,68$ años; $DT= 9,34$). La tabla 18 muestra la media y la desviación típica de la edad de los participantes por sexo en los 14 países, teniendo en cuenta que el 0,3% no proporcionó alguno de estos datos. La distribución por rangos de edad fue la siguiente: 27,8% tenía entre 16 y 20 años, 40,5% entre 20 y 24 años, 16,6% entre 25 y 30, 12,5% entre 31 y 50 y 2,6% 51 o más años. En cuanto al nivel ocupacional, el 29,97% era estudiante de Psicología, el 26,54% era estudiante de otra carrera universitaria, el 14,77% era estudiante de bachillerato, el 10,96% era trabajador con título universitario, el 15,00% era trabajador sin título universitario y el 7,00% era ama de casa, jubilado o desempleado. El 4,62% no proporcionó esta información.

15.2.2. *Instrumentos*

En este estudio se utilizó una versión modificada del “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-AR), formada por 116 ítems más dos ítems de control. Este cuestionario está basado en los 72 ítems del CASO-AR (del estudio anterior) más 44 ítems que fueron adicionados por un grupo de psicólogos clínicos expertos en fobia social, teniendo en cuenta los seis factores que formaron el CASO-AR: 1) Comportamientos torpes en situaciones embarazosas, 2) Interacción con el sexo opuesto, 3) Interacción con desconocidos, 4) Quedar en evidencia o en ridículo, 5) Expresión asertiva de molestia, desagrado o desagrado y 6) Hablar/actuar en público/Hablar con personas de

autoridad. Estos ítems añadidos, aparecían en la versión inicial del cuestionario (de 512 ítems), pero que estadísticamente habían sido descartados.

Tabla 18. Edad de los sujetos y distribución por país y sexo con la versión modificada del CASO-AR

País	Mujeres			Hombres			Total		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Argentina	103	23,03	5,30	44	25,14	7,76	147	23,66	6,19
Bolivia	288	27,19	10,53	152	30,75	11,69	440	28,42	11,06
Colombia	236	23,35	6,62	144	26,89	9,20	381	24,69	7,88
Costa Rica	25	22,80	4,95	24	22,54	3,83	49	22,67	4,39
Ecuador	36	23,44	9,25	15	24,53	6,70	51	23,76	8,53
El Salvador	21	24,33	2,50	7	26,57	4,54	28	24,89	3,19
España	39	20,36	4,60	12	20,58	3,34	51	20,41	4,31
Guatemala	55	23,75	5,59	12	21,75	1,87	67	23,39	5,12
México	123	20,15	5,31	73	22,45	8,66	197	21,01	6,82
Panamá	150	25,91	8,17	49	23,86	7,94	199	25,41	8,15
Paraguay	25	23,16	3,74	26	22,31	7,32	51	22,73	5,80
Perú	88	23,25	4,16	44	22,68	2,65	132	23,06	3,72
Portugal	63	25,62	9,33	30	31,67	13,53	93	27,57	11,15
República Dominicana	110	20,70	4,50	105	22,28	5,81	215	21,47	5,23
Total	1362	23,95	7,74	737	25,69	9,34	2099	24,56	8,38

En esta versión modificada del CASO-AR, cada ítem debía ser contestado en una escala de Likert de 7 puntos (de 1= “nada” a 7= “muchísimo”) para indicar el nivel de “malestar, tensión o nerviosismo” en respuesta a cada situación. La razón de usar palabras como “malestar”, “tensión” o “nerviosismo” en lugar de la palabra “ansiedad” es que esta última no se entiende claramente en muchos niveles de enseñanza, mientras que las demás palabras anteriores son sinónimos de “ansiedad”, en español y portugués.

15.2.3. *Procedimiento*

Para seleccionar los nuevos ítems, cuatro psicólogos clínicos con experiencia en fobia social revisaron el grupo inicial de 512 ítems (distribuidos en los mismos seis factores que tenía el CASO-AR). Por consenso, se agregaron de seis a ocho situaciones sociales clínicamente significativas a cada

uno de los seis factores del CASO-A. Estas situaciones no se incluyeron en el estudio anterior porque estos ítems no cumplían con los criterios estadísticos para la selección. Sin embargo, la decisión de volver a incluirlas, utilizando ahora criterios de relevancia clínica (validez de contenido) expresados en la participación de los psicólogos expertos en fobia social, en que son situaciones sociales tradicionalmente consideradas centrales para la evaluación de la fobia social y el que han sido incluidas en la mayoría de las medidas de evaluación de la ansiedad/fobia social (cuestionarios, entrevistas semiestructuradas) (véanse APA, 2000; OMS, 1992). Algunas de estas situaciones son: “trabajar mientras le observan”, “beber en lugares públicos,” “ruborizarse delante de otros”, “ser el centro de atención” u “orinar en un baño público”.

Las pequeñas diferencias entre países en el lenguaje se abordaron de la misma manera que en los estudios anteriores, es decir, por acuerdo entre los colaboradores de la investigación de cada país. Para la versión en portugués, se incluyeron los ítems que habían sido traducidos para la versión del CISO-A y, de nuevo, fueron revisados por los colaboradores. Los ítems fueron ordenados al azar y el cuestionario modificado del CASO-AR fue aplicado de forma grupal a población general. Los colaboradores, al igual que en estudios anteriores, debían incluir los datos en una base de datos en Excel, previamente validada para disminuir posibles errores en la digitación de la información.

El proceso de aplicación, la inclusión de la información en la base de datos y la reunión de todas las base de datos (procedentes de los distintos países y colaboradores) duró aproximadamente 12 meses. La distribución de los colaboradores (grupos de investigación) por países fue la siguiente: Argentina= 1 (1), Bolivia= 1 (1), Colombia= 2 (2), Costa Rica= 1 (1), Ecuador= 1 colaborador (1), El Salvador= 1 (1), España= 1 (1), Guatemala= 1 (1), México= 6 (3), Panamá= 1 (1), Paraguay= 1 (1), Perú= 1 (1), Portugal= 1 (1) y República Dominicana= 1 (1).

15.2.4. *Análisis de datos*

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales (*Statistical Package for the Social Sciences, SPSS*), versión 13.0. Los dos ítems de control no se incluyeron en los análisis estadísticos, pero permitieron estimar cuántos sujetos rellenaron el cuestionario al azar. Se realizó un análisis factorial exploratorio por rotación promax.

15.3. Resultados

15.3.1. *Análisis factorial exploratorio del CASO-A116 con la muestra general*

El AFE mostró una solución de cinco factores, con valores propios superiores a la unidad, que explicaba el 42,59% de la varianza acumulada, distribuido así: 1) Quedar en evidencia o en ridículo (valor propio= 31,90; 27,04% de la varianza total), 2) Interacción con el sexo opuesto (valor propio= 7,64; 6,47% de la varianza total), 3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado (valor propio= 4,85; 4,11% de la varianza total), 4) Hablar en público o con personas de autoridad (valor propio= 3,31; 2,81% de la varianza total) y 5) Interacción con desconocidos (valor propio= 2,55; 2,16% de la varianza total). El primer factor reunió ítems muy similares que en la versión anterior del cuestionario habían formado dos factores: “Comportamientos torpes en situaciones embarazosas” y “Quedar en evidencia o en ridículo”.

16. QUINTO ESTUDIO. VALIDEZ FACTORIAL DE LA VERSIÓN MODIFICADA DEL CASO-AR (CON 116 ÍTEMS) CON MUESTRA CLÍNICA Y SELECCIÓN DE ÍTEMS PARA UNA VERSIÓN MÁS BREVE DEL CUESTIONARIO

16.1. Objetivo

El objetivo de este estudio fue evaluar si en una muestra clínica se replicaba la estructura factorial de la versión modificada del “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (con 116 ítems) y seleccionar los ítems para una versión más breve del cuestionario.

16.2. Método

16.2.1. *Participantes*

En este estudio participaron 280 pacientes con un diagnóstico primario de fobia social, según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) o la CIE-10 (OMS, 1992, 2000), con/sin algún otro trastorno comórbido con excepción de un trastorno psicótico (tabla 19). Cada centro clínico realizó el diagnóstico de los pacientes con base en cualquiera de estos sistemas de clasificación. La edad de los pacientes oscilaba entre 16 y 66 años ($M= 33,01$; $DT= 10,73$) y según el sexo 164 eran mujeres ($M= 32,10$ años; $DT= 10,82$) y 116 eran hombres ($M= 34,28$ años; $DT= 10,52$). Participaron 10 países y la distribución de los sujetos fue: 34,29% España, 19,64% Argentina, 16,79% Brasil, 13,21%, Colombia, 10,71% México, 2,14% Costa Rica, 1,07% Perú, 0,71% Chile, 0,71% Ecuador y 0,71% Venezuela. La distribución según la ocupación fue: 33,93% trabajador con título universitario, 24,29% trabajador sin título universitario, 16,43% estudiante de carrera universitaria (excepto de Psicología), 4,64% estudiante de Psicología, 1,79% estudiante de bachillerato y 10,36% ama de casa, jubilado o desempleado. El 8,57% no proporcionó esta información. Esta muestra fue la resultante de una evaluación inicial de 387 pacientes, pero que fueron eliminados porque no se tenían datos completos o no cumplían con los criterios de inclusión.

Tabla 19. Distribución de los pacientes (N= 280) según el diagnóstico psiquiátrico

Trastorno psiquiátrico	Mujeres	Hombres	Total
Fobia social	127	69	196
Fobia social + trastorno del estado del ánimo	15	13	28
Fobia social + otro trastorno de ansiedad	9	7	16
Fobia social + trastorno por consumo de sustancias	1	6	7
Fobia social + trastorno por consumo de sustancias + trastorno de la personalidad	1	5	6
Fobia social + trastorno de la personalidad	2	3	5
Fobia social + trastorno de la conducta alimentaria	4	1	5
Fobia social + trastorno del estado del ánimo + trastorno por consumo de sustancias	0	3	3
Fobia social + trastorno por consumo de sustancias + otro trastorno	1	2	3
Fobia social + otro trastorno de ansiedad + trastorno del estado del ánimo	0	1	1
Fobia social + un trastorno no psicótico	2	4	6
Fobia social + dos trastornos no psicóticos	0	2	2
Fobia social + tres trastornos no psicóticos	2	0	2
Total	164	116	280

16.2.2. Instrumentos

En este estudio se utilizó la modificación del “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-AR), formada por 116 ítems más dos ítems de control, que se explicó en el estudio anterior. La escala de respuesta era tipo Likert de 7 puntos (de 1= “nada” a 7= “muchísimo”) para indicar el nivel de “malestar, tensión o nerviosismo” en respuesta a cada situación.

16.2.3. Procedimiento

En esta ocasión se contactó con psicólogos de distintos países iberoamericanos que atendían pacientes en un centro clínico (público o privado). Se les pidió incluir esta versión modificada del CASO-AR en el proceso de evaluación habitual de sus pacientes e ingresar los datos en una base de datos previamente validada para disminuir los posibles errores en su introducción. Este proceso de reunión de datos duró aproximadamente un año. La distribución de los colaboradores (grupos de investigación) por países fue la siguiente: Argentina= 6 (3), Brasil= 6 (4), Chile= 1 (1), Colombia= 6 (3), Costa Rica= 1 (1), España= 10 (10), México= 5 (4), Perú= 1 (1) y Venezuela= 1 (1).

16.2.4. *Análisis de datos*

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales (*Statistical Package for the Social Sciences, SPSS*), versión 13.0. Los dos ítems de control no se incluyeron en los análisis estadísticos, pero permitieron estimar cuántos sujetos rellenaron el cuestionario al azar. Se realizó inicialmente un AFE por rotación promax.

16.3. Resultados

16.3.1. *Análisis factorial exploratorio de la versión modificada del CASO-AR con población clínica*

El AFE mostró una solución de cinco factores, con valores propios superiores a la unidad, que explicaba el 47,11% de la varianza acumulada, distribuido así: F1. Hablar en público o con personas de autoridad (valor propio= 35,83; 30,90% de la varianza total), F2. Interacción con el sexo opuesto (valor propio= 6,20; 5,35% de la varianza total), F3. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado (valor propio= 5,17; 4,46% de la varianza total), F4. Interacción con desconocidos (valor propio= 4,33; 3,73% de la varianza total) y F5. Quedar en evidencia o en ridículo (valor propio= 3,11; 2,69% de la varianza total).

Al igual que con la población general (estudio 4), con la población clínica los ítems que antes habían formado dos factores en el CASO-AR (“Comportamientos torpes en situaciones embarazosas” y “Quedar en evidencia o en ridículo”) formaron en esta ocasión un factor simple: “Quedar en evidencia o en ridículo”.

16.3.2. *Selección de los ítems para una nueva versión del cuestionario: el CASO-A82*

Para seleccionar los ítems de la nueva versión del cuestionario se utilizaron los datos del estudio anterior con muestra general ($n= 2105$) y los de este mismo con muestra clínica ($n= 280$). Se calcularon las medias y las desviaciones típicas de los 116 ítems, en ambas muestras, y se

seleccionaron aquellos ítems cuyas saturaciones eran de 0,40 o más en uno (y sólo uno) de los cinco factores obtenidos en el AFE.

Posteriormente, se compararon las medias de los ítems y se seleccionaron aquellos en los que se observaba una mayor diferencia de medias entre las muestras. Para calcular esta diferencia se utilizaron la *t* de Student y la *d* de Cohen. De este modo, fueron seleccionados 16 ítems dentro de cada uno de los cinco factores, resultando un total de 80 ítems, que con dos ítems más de control formarían la nueva versión del cuestionario, el CASO-A82.

17. SEXTO ESTUDIO. VALIDEZ FACTORIAL DEL CASO-A82 CON MUESTRA GENERAL

17.1. Objetivo

El objetivo de este estudio fue hallar la validez factorial de la versión de 80 ítems (+ 2 de control) del “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A82), con una muestra no clínica.

17.2. Método

17.2.1. *Participantes*

En este estudio participaron 13303 sujetos de la población general, cuya edad oscilaba entre los 16 y los 84 años de edad ($M= 25,58$; $DT= 10,28$) y de los cuales el 56,8% era mujer ($M= 24,98$ años; $DT= 9,83$) y el 43,2% era varón ($M= 26,36$ años; $DT= 10,80$). La tabla 20 muestra la media y la desviación típica de la edad de los participantes por sexo en los 16 países, teniendo en cuenta que el 0,2% no proporcionó alguno de estos datos. La distribución por rangos de edad fue la siguiente: 30% tenía entre 16 y 20 años, 35,7% entre 20 y 24 años, 14,1% entre 25 y 30, 15,7% entre 31 y 50 y 4,5% tenía 51 o más años. En cuanto al nivel ocupacional, el 37,10% era estudiante de una carrera universitaria (diferente a Psicología), el 22,50% era estudiante de Psicología, el 15,56% era trabajador con título universitario, el 8,68% era estudiante de bachillerato, el 8,45% era trabajador sin título universitario y el 7,13 % era ama de casa, jubilado o desempleado. El 0,57% no proporcionó esta información.

17.2.2. *Instrumentos*

El “Cuestionario de ansiedad social para adultos” utilizado en este estudio estaba formado por 80 ítems (+ 2 ítems de control) y se denominó CASO-A82. Este cuestionario fue obtenido en el estudio anterior a partir de la selección de los ítems que diferenciaban a la muestra clínica de la no clínica. Los 80 ítems formaban parte de cinco factores: 1) Hablar en público o con personas de autoridad, 2) Interacción con el sexo opuesto, 3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, 4) Interacción con desconocidos y 5) Quedar en evidencia o en ridículo. Esta versión del cuestionario

tuvo una modificación en la escala de respuesta. Cada ítem debía ser contestado en una escala Likert de 5 puntos para indicar el nivel de “malestar, tensión o nerviosismo” en respuesta a cada situación: 1= “nada o muy poco”, 2= “poco”, 3= “medio”, 4= “bastante” y 5= “mucho o muchísimo”).

Tabla 20. Media y desviación típica de la edad de los participantes, por país y sexo

País	Mujeres			Hombres			Total		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Argentina	230	31,35	13,46	190	29,66	11,95	420	30,59	12,81
Bolivia	429	20,31	3,34	177	26,15	9,91	606	22,02	6,60
Brasil	496	27,28	10,96	497	28,43	11,24	993	27,85	11,11
Chile	320	26,84	11,85	319	25,90	11,12	639	26,37	11,49
Colombia	1485	24,47	9,23	1217	25,86	9,66	2702	25,10	9,45
Ecuador	132	21,30	6,48	57	21,37	4,25	189	21,32	5,89
El Salvador	235	22,76	7,74	165	22,94	6,72	400	22,83	7,33
España	875	26,50	9,89	372	32,06	13,13	1247	28,16	11,24
Guatemala	98	25,26	10,08	103	26,58	11,60	201	25,94	10,88
Honduras	84	21,79	4,58	115	22,89	6,18	199	22,42	5,58
México	1549	25,48	10,31	1369	25,85	11,09	2918	25,65	10,68
Paraguay	100	21,93	4,96	99	23,69	7,11	199	22,80	6,17
Perú	672	21,91	7,42	559	23,17	9,44	1231	22,48	8,42
Portugal	341	25,11	8,41	181	26,30	8,13	522	25,52	8,33
Uruguay	239	34,45	12,97	173	36,64	13,25	412	35,37	13,12
Venezuela	259	20,29	4,02	143	21,01	4,63	402	20,54	4,26
Total	7544	24,98	9,83	5736	26,36	10,80	13280	25,58	10,28

17.2.3. Procedimiento

Una vez se ordenaron los ítems al azar, se organizó la versión del CASO-A82 para cada uno de los 16 países y fue enviado a los colaboradores para que fuera aplicado de forma grupal a población general. Los colaboradores, al igual que en estudios anteriores, debían incluir los datos en una base de datos en Excel, previamente validada para disminuir posibles errores en la digitación de la información.

El proceso de aplicación, inclusión de la información en la base de datos y la reunión de todas las base de datos (procedentes de los distintos países y colaboradores) duró aproximadamente 11 meses. La distribución de los colaboradores (grupos de investigación) por países fue la siguiente:

Argentina= 6 (2), Bolivia= 1 (1), Brasil= 6 (4), Chile= 2 (2), Colombia= 7 (5), Ecuador= 1 (1), El Salvador= 3 (2), España= 6 (5), Guatemala= 2 (1), Honduras= 1 (1), México= 18 (11), Paraguay= 3 (1), Perú= 3 (3), Portugal= 2 (1), Uruguay= 2 (1) y Venezuela= 2 (2).

17.2.4. *Análisis de datos*

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales PASW *Statistics*, v. 18.0. Los dos ítems de control no se incluyeron en los análisis estadísticos, pero permitieron estimar cuántos sujetos rellenaron el cuestionario al azar. De los 13303 participantes, aproximadamente la mitad ($n= 6613$) se utilizó para realizar los análisis estadísticos. El resto de datos fue considerado para análisis posteriores (véase estudio 8).

Dado que se produjo un cambio en la escala de respuesta Likert decidimos realizar un AFE por rotación promax. Por la naturaleza ordinal de los datos, se calculó una matriz de correlaciones policóricas de las puntuaciones directas de los 80 ítems. Luego se comprobó que los ítems cumplían con las siguientes condiciones: (a) no tenían distribuciones extremas (asimetría desde -0,379 a 0,833 con un ET de 0,030, curtosis desde -1,092 a -0,153 con un ET de 0,060), (b) todos los ítems dentro de cada grupo (*cluster*) tenían correlaciones ítem-total corregidas altas (índice de homogeneidad desde 0,42 a 0,67), (c) todos los factores propuestos tenían más de cuatro ítems, (d) la muestra era lo suficientemente grande como para evitar las posibles fluctuaciones de las correlaciones, (e) la mayoría de los ítems de la matriz de correlación anti-imagen tendían a cero y (f) el índice KMO superaba el límite recomendado de 0,50. Finalmente, para elegir el número óptimo de factores se utilizó un análisis paralelo (Horn, 1965) con el procedimiento de Monte Carlo de 200 repeticiones.

17.3. Resultados

17.3.1. *Análisis factorial exploratorio del CASO-A82 con muestra general*

Para el AFE se utilizó la mitad de la muestra ($n_1= 6690$). La prueba de χ^2 de Bartlett (3160, $n= 6613$)= 267 455,4; $p= 0,000$ y el índice KMO de 0,985 apoyan la adecuación del análisis factorial. Los índices de la matriz de adecuación de la muestra (*matrix sampling adequacy*, MSA) (desde 0,958 a 0,992) confirman que la medida de adecuación del muestreo de las variables se adapta en todos los

casos a la estructura del resto de las variables. Por último, el 35% de las comunalidades estaba por encima de 0,50 (desde 0,26 a 0,65).

El AFE mostró una solución de cinco factores, con valores propios superiores a 1,00, que explicaba el 50,97% de la varianza acumulada. La distribución fue la siguiente: 1) Hablar en público o con personas de autoridad (valor propio= 28,92; 36,14% de la varianza total), 2) Interacción con el sexo opuesto (valor propio= 3,78; 4,73% de la varianza total), 3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado (valor propio= 3,18; 3,98% de la varianza total), 4) Quedar en evidencia o en ridículo (valor propio= 3,01; 3,76% de la varianza total) y 5) Interacción con desconocidos (valor propio= 1,88; 2,35% de la varianza total).

18. SÉPTIMO ESTUDIO. VALIDEZ FACTORIAL DEL CASO-A82 CON MUESTRA CLÍNICA Y SELECCIÓN DE ÍTEMS PARA LA VERSIÓN DEFINITIVA DEL CUESTIONARIO

18.1. Objetivo

El objetivo de este estudio fue hallar la validez factorial de la versión de 80 ítems del “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A82), utilizando una muestra clínica, y seleccionar los ítems que formarían la versión definitiva del cuestionario.

18.2. Método

18.2.1. *Participantes*

En este estudio participaron 259 pacientes con un diagnóstico principal de fobia social, según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) o la CIE-10 (OMS, 1992, 2000), con/sin algún otro trastorno comórbido con excepción de un trastorno psicótico. Cada centro clínico realizó el diagnóstico de los pacientes con base en cualquiera de estos sistemas de clasificación. La edad de los pacientes oscilaba entre los 16 y los 71 años de edad ($M= 31,35$; $DT= 11,44$), el 65,6% era mujer ($M= 31,78$ años; $DT= 10,63$) y el 34,4% era varón ($M= 30,54$ años; $DT= 11,85$). La distribución de los pacientes por países fue: 38,61% España, 11,97% Perú, 10,81% Brasil, 8,49% Argentina, 7,34% Chile, 7,34% Colombia, 5,79% México, 5,02% Uruguay y 4,63% Portugal. La distribución por rangos de edad fue la siguiente: 8,5% tenía entre 16 y 20 años, 23,9% entre 20 y 24 años, 26,6% entre 25 y 30, 32,8% entre 31 y 50 y 8,1% tenía 51 o más años. En cuanto al nivel ocupacional, el 37,10% era estudiante de una carrera universitaria (excepto Psicología), el 22,50% era estudiante de Psicología, el 15,56% era trabajador con título universitario, el 8,68% era estudiante de bachillerato, el 8,45% era trabajador sin título universitario y el 7,13 % era ama de casa, jubilado o desempleado. El 0,57% no proporcionó esta información.

La muestra evaluada inicialmente fue de 380 pacientes de centros de salud mental públicos o privados. Los casos fueron descartados por alguna de las siguientes razones: (a) los datos estaban incompletos o incorrectos, (b) por la presencia de trastornos psicóticos o (c) por obtener una puntuación inferior a 30 en la LSAS-SR (ver el apartado de Instrumentos). La tabla 21 muestra la distribución de los pacientes según los diagnósticos clínicos.

Tabla 21. Distribución de los pacientes (N= 259) según el diagnóstico psiquiátrico

Trastorno(s) psiquiátricos	Hombres	Mujeres	Total
Fobia social	26	64	90
Fobia social + trastorno del estado de ánimo	16	45	61
Fobia social + otro trastorno de ansiedad	19	33	52
Fobia social + otro trastorno de ansiedad + trastorno del estado de ánimo	4	2	6
Fobia social + trastorno por consumo de sustancias	11	2	13
Fobia social + trastorno del estado de ánimo + trastorno por consumo de sustancias	3	1	4
Fobia social + trastorno de la personalidad	6	12	18
Fobia social + trastorno de la conducta alimentaria	0	6	6
Fobia social + un trastorno no psicótico	3	5	8
Fobia social + tres trastornos no psicóticos	1	0	1
Total	89	170	259

18.2.2. Instrumentos

Las medidas de autoinforme utilizadas fueron las siguientes:

- a) El “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A82). Esta versión del cuestionario está compuesta por 80 ítems (+ 2 de control), distribuidos (según el estudio anterior) en cinco factores: 1) Hablar en público o con personas de autoridad, 2) Interacción con el sexo opuesto, 3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, 4) Interacción con desconocidos y 5) Quedar en evidencia o en ridículo. La escala de respuesta es tipo Likert, con 5 puntos para indicar el nivel de “malestar, tensión o nerviosismo” en respuesta a cada situación (de 1= “nada o muy poco” a 5= “mucho o muchísimo”).
- b) La “Escala de ansiedad social, de Liebowitz - versión de autoinforme” (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*, LSAS-SR; Liebowitz, 1987). Es un instrumento de 24 ítems que evalúa la Ansiedad y la Evitación de situaciones sociales específicas. Los sujetos puntúan en una escala Likert de 4 puntos (de 0= “ninguno/nunca” a 3= “grave/habitualmente”), el grado de ansiedad y la frecuencia de evitación, respectivamente. La puntuación total de la escala, así como de ambas subescalas, se obtiene sumando las puntuaciones directas informadas por el individuo y está en un rango entre 0 y 144. Los puntos de corte más utilizados para establecer si tiene un trastorno de ansiedad social y la especificación del subtipo “generalizado” son 30 y 60, respectivamente (Mennin *et al.*, 2002; Rytwinski *et al.*, 2009).

18.2.3. *Procedimiento*

Se convocó como posibles colaboradores a aquellos psicólogos que pasaran consulta clínica en los distintos países, ya fuera en centros clínicos públicos o privados. Se les informó sobre la investigación y una vez aceptaron participar recibieron los instrumentos de evaluación. Los colaboradores realizaron la aplicación de los instrumentos a los pacientes que estuvieran en las fases iniciales de la evaluación y que cumplieran con los criterios para la fobia social, asimismo realizaron la inclusión de los datos en una base de datos en Excel, previamente validada para disminuir posibles errores en la digitación de la información.

El proceso de aplicación, inclusión de la información en la base de datos y la reunión de todas las base de datos (procedentes de los distintos países y colaboradores) duró aproximadamente 7 meses. La distribución de los colaboradores (grupos de investigación) por países fue la siguiente: Argentina= 6 (2), Brasil= 4 colaboradores (3), Chile= 2 (2), Colombia= 2 (1), España= 4 (3), México= 2 (2), Perú= 1 (1), Portugal= 2 (1) y Uruguay= 2 (1).

18.2.4. *Análisis de datos*

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales (PASW Statistics, versión 18.0). Los dos ítems de control no se incluyeron en los análisis estadísticos, pero permitieron estimar cuántos sujetos rellenaron el cuestionario al azar. Se realizó inicialmente un AFE por rotación promax y para la elección del número óptimo de factores se utilizó de nuevo el análisis paralelo con el procedimiento de Monte Carlo de 200 repeticiones.

18.3. Resultados

18.3.1. *Análisis factorial exploratorio del CASO-A82 con población clínica*

El AFE mostró una solución de cinco factores con valores propios superiores a 1,00, que explicaba el 40,80% de la varianza acumulada. La distribución fue la siguiente: 1) Hablar en público o con personas de autoridad (valor propio= 17,26; 21,58% de la varianza total), 2) Interacción con el sexo opuesto (valor propio= 5,62; 7,02% de la varianza total), 3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado (valor propio= 4,41; 5,52% de la varianza total), 4. Quedar en evidencia o en

ridículo (valor propio= 2,95; 3,69% de la varianza total) y 5) Interacción con desconocidos (valor propio= 2,39; 2,99% de la varianza total). El análisis párelo confirmó que cinco, era el número óptimo de factores.

18.3.2. *Análisis y selección de ítems*

Con el objetivo de reducir la longitud del cuestionario para facilitar su uso en el ámbito clínico y de investigación, se seleccionaron los mejores ítems de cada factor. Para esto se utilizaron los datos de la muestra de este estudio (muestra clínica) y del estudio anterior (muestra no clínica). Los ítems fueron seleccionados utilizando los siguientes criterios: (a) tener una saturación en el factor de al menos 0,40, (b) formar parte del mismo factor en ambos estudios y (c) las diferencias de medias entre pacientes y no pacientes deben ser las más altas. Por ejemplo, el ítem “Hablar en público” perteneció en ambos estudios al factor “Hablar en público o con personas de autoridad”, en este estudio tuvo una saturación de 0,74 y la diferencia de medias en ambas muestras fue de 1,43 ($t= 17,96$; $d= 1,24$), diferencia que fue la más alta de todos los ítems de este factor. Mientras que el ítem “Exponer en público un tema que no domino muy bien” tuvo una saturación de 0,51 en este mismo factor y la diferencia de medias fue de 1,00 ($t= 13,57$; $d= 1,01$), diferencia que fue la más baja de todos los ítems de este factor. Con base en estos datos, el primer ítem fue seleccionado para la versión final del cuestionario, mientras que el segundo ítem no.

También se tuvo en cuenta, que si dos ítems eran muy similares, es decir, que si estaban muy relacionados dentro del mismo factor, sólo se seleccionaba aquél que tenía la saturación más alta en el factor y cuya diferencia de medias (entre la muestra clínica y la no clínica) fuera la más alta. Por ejemplo, “Actuar en público” y “Hablar en público” tenían una relación de 0,66, pero el último ítem tenía una mayor saturación en el factor y una diferencia de medias más amplia entre las muestras.

Adicionalmente, se esperaba tener ítems tan variados como fuera posible dentro de cada factor, para obtener una mayor utilidad clínica (DeVellis, 2003). Finalmente cada factor quedó con seis ítems, dando un total de 30 ítems (+ 2 ítems de control) para formar el “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30) definitivo (Anexo 1). Las saturaciones de los ítems se presentan en la tabla 22, junto con las correlaciones ítem-total. Las correlaciones interfactor fueron de bajas a moderadas (de 0,33 a 0,55) y aparecen en la tabla 23.

Tabla 22. Saturaciones de los 30 ítems del CASO-A82 en cada factor y correlaciones (r) ítem-total

Factores e ítems	Saturaciones en el factor					r_{i-t}
	F1	F2	F3	F4	F5	
F1. Hablar en público o con personas de autoridad						
26. Hablar en público	0,83	-0,07	-0,10	0,04	0,08	0,557
12. Tener que hablar en clase, en el trabajo o en una reunión	0,80	-0,07	0,06	-0,13	0,01	0,500
03. Participar en una reunión con personas de autoridad	0,68	0,10	-0,02	0,01	-0,07	0,485
77. Hablar con un superior o una persona con autoridad	0,68	0,04	0,11	-0,01	0,05	0,625
58. Que me pregunte un profesor en clase o un superior en una reunión	0,59	0,08	0,12	0,02	0,06	0,641
75. Que en una cena con compañeros me obliguen a dirigir la palabra en nombre de todos	0,48	0,02	-0,02	0,26	0,15	0,593
F2. Interacción con el sexo opuesto						
81. Decirle a una persona que me atrae que me gustaría conocerla mejor	-0,01	0,79	0,02	0,10	-0,01	0,621
57. Que una persona que me atrae me pida que salga con ella	0,02	0,78	0,09	-0,14	0,02	0,579
73. Iniciar una conversación con una persona del sexo opuesto que me gusta	0,01	0,74	-0,01	-0,02	0,19	0,656
14. Pedirle a una persona atractiva del sexo opuesto que salga conmigo	0,06	0,71	-0,09	0,28	-0,13	0,512
37. Sacar a bailar a una persona que me atrae	0,03	0,65	-0,05	0,13	0,11	0,582
67. Sentirme observado/a por personas del sexo opuesto	0,08	0,50	0,10	-0,03	0,21	0,629
F3. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado						
69. Decir a alguien que su comportamiento me está molestando y pedir que deje de hacerlo	0,05	0,01	0,72	0,09	-0,02	0,582
78. Expresar mi enfado a una persona que se está metiendo conmigo	0,12	0,02	0,71	0,07	-0,14	0,536
56. Tener que decirle a un vecino que deje de hacer ruido	0,00	0,01	0,67	0,08	0,01	0,517
45. Decir que no cuando me piden algo que me molesta hacer	-0,10	-0,01	0,61	0,09	0,12	0,494
82. Decirle a alguien que ha herido mis sentimientos	-0,04	0,26	0,54	0,04	-0,05	0,521
64. Quejarme a un camarero de que la comida no está a mi gusto	0,03	0,07	0,52	0,16	0,00	0,510
F4. Quedar en evidencia o en ridículo						
65. Hablar con alguien y que no me preste atención	-0,18	-0,06	0,26	0,60	0,17	0,439
47. Que me gasten una broma en público	-0,01	0,05	0,15	0,47	0,19	0,510
25. Saludar a una persona y no ser correspondido/a	-0,19	-0,14	0,21	0,45	0,40	0,416
41. Que me echen en cara algo que he hecho mal	0,03	0,08	0,31	0,44	-0,01	0,520
54. Equivocarme delante de la gente	0,17	0,01	0,21	0,44	0,13	0,604
72. Que me critiquen	0,05	-0,04	0,33	0,42	0,08	0,519
F5. Interacción con desconocidos						
68. Hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones	0,12	0,10	-0,01	-0,02	0,68	0,642
28. Mantener una conversación con una persona a la que acabo de conocer	0,06	0,18	0,08	-0,25	0,63	0,540
43. Ir a un acto social donde sólo conozco a una persona	0,17	0,02	0,02	0,06	0,58	0,592
49. Saludar a cada uno de los asistentes a una reunión social cuando a muchos no los conozco	0,16	-0,03	0,13	0,07	0,51	0,585
55. Hacer nuevos amigos	0,09	0,20	0,15	-0,41	0,51	0,452
61. Mirar a los ojos mientras hablo con una persona a la que acabo de conocer	0,18	0,18	0,19	-0,27	0,42	0,547

Nota. En **negrita** las saturaciones más altas del ítem en el factor; r_{i-t} = correlaciones ítem-total.

Tabla 23. Correlaciones inter-factores del CASO-A30

Factores de CASO-A30	F1	F2	F3	F4	F5
F1. Hablar en público o con personas de autoridad	1,00				
F2. Interacción con el sexo opuesto	0,55	1,00			
F3. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,48	0,45	1,00		
F4. Quedar en evidencia o en ridículo	0,36	0,36	0,29	1,00	
F5. Interacción con desconocidos	0,55	0,53	0,56	0,30	1,00

19. OCTAVO ESTUDIO. VALIDEZ DE CONSTRUCTO, FIABILIDAD Y APROXIMACIÓN INICIAL AL DIAGNÓSTICO DE FOBIA SOCIAL CON EL CASO-A30

19.1. Objetivo

Este estudio tuvo dos objetivos, por una parte, analizar la validez de constructo (factorial y convergente) y la fiabilidad de la versión definitiva del “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30) y, por otra parte, hallar los puntos de corte para el diagnóstico del TAS/FS.

19.2. Método

19.2.1. *Participantes*

Para este trabajo se utilizó la muestra completa del sexto estudio ($N=13303$) así como la segunda submuestra ($n_2= 6613$) que no se utilizó en los análisis previos. Las características de la muestra aparecen descritas en el apartado correspondiente (p. 145).

19.2.2. *Instrumentos*

Las medidas de autoinforme utilizadas fueron las siguientes:

- a) El “Cuestionario de ansiedad social para adultos”. Para este estudio, aunque los participantes contestaron la versión de 80 ítems con dos de control (informada en el estudio 6), se utilizaron únicamente los 30 ítems que formarán la versión definitiva del cuestionario (el CASO-A30) y que aparecen distribuidos en los cinco factores en la tabla 22. Las respuestas se puntúan en una escala Likert de 5 puntos (de 1= “Nada o muy poco” a 5= “Mucho o muchísimo”) indicando el grado de malestar, tensión o nerviosismo en cada ítem.
- b) La “Escala de ansiedad social, de Liebowitz - versión de autoinforme” (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*, LSAS-SR; Liebowitz, 1987). Esta escala consta de 24 ítems que evalúan el temor o ansiedad, por una parte, y evitación, por otra, de situaciones sociales específicas. Para ello se utiliza una escala Likert de 4 puntos (de 0= “nada/nunca” a 3= “mucho/habitualmente”).

La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de la subescala de temor o ansiedad y la de evitación.

19.2.3. *Procedimiento*

Para este estudio no se realizó ninguna nueva aplicación de los instrumentos, pues se utilizó la mitad de los casos, procedentes de los distintos países de Latinoamérica, España y Portugal, incluidos en la base de datos que ya había sido unificada para el estudio 6. Cabe recordar que en aquél momento se realizó la prueba de χ^2 de Bartlett y se halló el índice KMO para comprobar la adecuación de los análisis factoriales y que los índices de la matriz de adecuación de la muestra (*matrix sampling adequacy*, MSA) confirmaron que la medida de adecuación del muestreo de las variables se adaptaba en todos los casos a la estructura del resto de las variables.

19.2.4. *Análisis de datos*

Con el objetivo de asegurar que el conjunto de ítems seleccionados eran una medida o indicador de un concepto o constructo psicológico, en este caso la ansiedad social y sus (cinco) dimensiones, se llevaron a cabo dos procedimientos para determinar la validez de constructo: factorial y convergente. Para la validez factorial se usó la segunda submuestra, con la que se realizó un AFC utilizando el programa LISREL v. 8.8 (*Scientific Software International*, 2006) y un modelo exploratorio de ecuaciones estructurales (*exploratory structural equation modeling*, ESEM) con el programa MPlus, v. 6.0 (Muthén y Muthén, 2010), mediante la estimación de parámetros de mínimos cuadrados ponderados usando una matriz diagonal ponderada y una prueba de χ^2 sobre la media y la varianza ajustadas (*weighted least square parameter estimates use a diagonal weight matrix and a Mean- and Variance-adjusted χ^2 test*, MLSTMV).

Posteriormente, para la validez convergente con la LSAS-SR se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson, tanto para la puntuación global de ambas medidas como las dimensiones del CASO-A30 y las subescalas de la LSAS-SR. Los niveles de consistencia interna y de fiabilidad se calcularon mediante los coeficientes alfa de Cronbach y por el método de las dos mitades de Guttman, respectivamente.

Por último, se halló la invarianza de los modelos con ambas muestras (clínica y no clínica) y se determinaron los puntos de corte para el diagnóstico de la fobia social con el CASO-A30, según el

sexo mediante el análisis de las características operativas del receptor (*receiver operating characteristics*, ROC). Esta decisión de hallar los puntos de corte por sexo se toma con base en las diferencias halladas entre hombres y mujeres mediante el modelo de medias estructuradas.

19.3. Resultados

19.3.1. Validez factorial del CASO-A30: análisis factorial confirmatorio y modelo de ecuaciones estructurales

La tabla 24 presenta los índices de ajuste de los dos modelos probados. Según el AFC, el modelo de cinco factores de primer orden y uno de segundo orden (AFC2) tiene un peor ajuste que el modelo de cinco factores (AFC1) y el ESEM de este último modelo presenta un mejor ajuste que el AFC.

Tabla 24. Índices de ajuste de los dos modelos probados

Análisis	χ^2	<i>p</i>	<i>gl</i>	SRMR	CFI	TLI	RMSEA
AFC1	6551.13	0,000	395	0,041	0,981	0,979	0,051
AFC2	10216.69	0,000	400	0,095	0,967	0,964	0,061
ESEM	4297.61	0,000	295	0,020	0,975	0,963	0,045

Nota. AFC1= análisis factorial confirmatorio del modelo de cinco factores; AFC2= análisis factorial confirmatorio del modelo de cinco factores de primer orden y uno de segundo orden; ESEM (*exploratory structural equation modeling*)= modelo exploratorio de ecuaciones estructurales; SRMR (*standardized root mean square residual*)= raíz cuadrada de la media de residuos al cuadrado; CFI (*comparative fit index*)= índice de ajuste comparativo; TLI (*Tucker-Lewis index*, índice de Tucker-Lewis)= valores > a 0,90 indican un buen ajuste; RMSEA (*root mean square error of approximation*)= error de aproximación de la raíz cuadrada media.

19.3.2. Validez convergente del CASO-A30 con la LSAS-SR

La validez convergente del CASO-A30 se evaluó a través de las correlaciones con la LSAS-SR en la muestra clínica (estudio 7) y la muestra no clínica (del estudio 6), a los que se les pasó el CASO-A82 y del cual se extrajeron los 30 ítems de la versión definitiva del cuestionario. Las correlaciones entre la puntuación total del CASO-A30 y la subescala de Ansiedad así como con la puntuación total de la LSAS-SR fueron moderadas en ambas muestras. Mientras que las correlaciones entre los factores del CASO-A30 y las puntuaciones de la LSAS-SR fueron menores (tabla 25).

Tabla 25. Correlaciones de Pearson entre la puntuación total y los factores del CASO-A30 y la puntuación total y las subescalas de la LSAS-SR, en las muestras clínica y no clínica

Factores del CASO-A30	Muestra clínica (N= 259)			Muestra no clínica (N= 12,662)		
	LSAS Ans	LSAS Evi	LSAS total	LSAS Ans	LSAS Evi	LSAS total
F1. Hablar en público o con personas de autoridad	0,43	0,35	0,42	0,57	0,43	0,54
F2. Interacción con el sexo opuesto	0,26	0,27	0,29	0,51	0,38	0,48
F3. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,40	0,37	0,42	0,48	0,38	0,46
F4. Quedar en evidencia o en ridículo	0,32	0,27	0,32	0,46	0,36	0,44
F5. Interacción con desconocidos	0,53	0,48	0,55	0,56	0,45	0,55
Total CASO-A30	0,57	0,52	0,59	0,65	0,50	0,62

Notas. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; LSAS-SR= "Escala de ansiedad social, de Liebowitz - versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale-Self Report*); LSAS Ans= subescala de Ansiedad de la LSAS-SR; LSAS Evi= subescala de Evitación de la LSAS-SR. Todas las correlaciones fueron significativas ($p < 0,0001$).

19.3.3. Consistencia interna y fiabilidad del CASO-A30 y la LSAS-SR

Los niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach) y la fiabilidad (método de las dos mitades de Guttman) de la puntuación total y de los cinco factores del CASO-A30 obtenidos con la muestra no clínica (N= 13303) y clínica (N= 259) aparecen en la tabla 26. En la muestra no clínica, los índices de consistencia interna y de fiabilidad para la puntuación global del CASO-A30 fueron altos (superiores a 0,80), así como la de los factores, con excepción del F2 "Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado" que mostró una fiabilidad moderada. En la muestra clínica, estos mismos índices fueron de moderados a altos. En cuanto a la LSAS-SR, todos los coeficientes de consistencia interna y de fiabilidad fueron altos en ambas muestras.

19.3.4. Puntos de corte para el CASO-A30: aproximación inicial al diagnóstico de la fobia social y las diferencias por sexo

El análisis ROC se utilizó para determinar los puntos de corte para el diagnóstico de la fobia social con el CASO-A30, según el sexo. Esta decisión de realizar puntos de corte basados en el sexo se hizo tomando en consideración que las diferencias de medias entre hombres y mujeres fueron significativas, en la muestra clínica, en tres de los cinco factores y en la puntuación total del cuestionario, así como en todos los factores y en la puntuación total del CASO-A30 en la muestra no

clínica. Se calculó la invarianza por sexo para ambas muestras con base en el modelo de los cinco factores correlacionados. En la muestra no clínica, los valores RMSEA estaban entre 0,051 y 0,053, mientras que en la muestra clínica estos valores estaban entre 0,063 y 0,065. Utilizando un $\Delta CFI > 0,01$ como criterio (Wu, Li y Zumbo, 2007), las invarianzas configural, débil, fuerte y estricta fueron apoyadas en ambas muestras (tabla 27).

Tabla 26. Coeficientes de consistencia interna (α de Cronbach) y fiabilidad (dos mitades de Guttman) para el CASO-A30 y la LSAS-SR con las muestras clínica y no clínica

Medidas de autoinforme	N=13303		N=259	
	Consistencia interna	Fiabilidad	Consistencia interna	Fiabilidad
CASO-A30				
F1. Interacción con el sexo opuesto	0,86	0,86	0,81	0,80
F2. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,80	0,79	0,80	0,75
F3. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	0,84	0,82	0,76	0,72
F4. Quedar en evidencia o en ridículo	0,80	0,82	0,64	0,66
F5. Interacción con desconocidos	0,82	0,82	0,80	0,80
Total CASO-A30	0,93	0,90	0,88	0,82
LSAS-SR				
Ansiedad	0,90	0,85	0,90	0,85
Evitación	0,88	0,82	0,89	0,83
Total LSAS-SR	0,93	0,83	0,94	0,84

Nota. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; LSAS-SR= "Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*).

Por otro lado, con el fin de encontrar las diferencias entre hombres y mujeres en las cinco medias de las variables latentes, se realizó el análisis de un modelo estructurado de medias. La tabla 28 muestra que las medias de la muestra no clínica femenina son más altas que las medias de la muestra no clínica de varones en todos los casos ($p < 0,001$) y que la contribución a la χ^2 también es mayor en las mujeres. Tales diferencias fueron más pequeñas en la muestra clínica, donde el factor 5 no presenta diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Tabla 27. Índices de ajuste para la invarianza de los modelos con las muestras clínica y no clínica

Invarianza	<i>gl</i>	χ^2	<i>p</i>	$\Delta\chi^2$	<i>p</i>	RMSEA	CFI	Δ CFI	SRMR
Muestra no clínica									
Configural	800	7913,28	0,000	--	--	0,052	0,979	--	0,045
Débil	830	8013,42	0,000	100,14	0,000	0,051	0,979	0,000	0,052
Fuerte	860	8879,89	0,000	866,47	0,000	0,053	0,977	-0,002	0,050
Estricta	890	9225,95	0,000	346,05	0,000	0,053	0,976	-0,001	0,052
Muestra clínica									
Configural	800	1269,45	0,000	--	--	0,065	0,898	--	0,077
Débil	830	1317,19	0,000	47,74	0,021	0,065	0,897	-0,001	0,088
Fuerte	860	1364,59	0,000	47,40	0,023	0,065	0,892	-0,005	0,082
Estricta	890	1379,80	0,000	15,21	0,989	0,063	0,890	-0,002	0,084

Nota. RMSEA (*root mean square error of approximation*, error de aproximación de la raíz cuadrada media)= valores menores o iguales a 0,05 indican un buen ajuste, valores entre 0,05 y 0,08 sugieren error razonable de aproximación y valores superiores o iguales a 0,10 sugieren mal ajuste; CFI (*comparative fit index*)= índice de ajuste comparativo; SRMR (*standardized root mean square residual*, raíz cuadrada de la media de residuos al cuadrado)= valores inferiores a 0,10 se consideran favorables, cuanto menor sea el SRMR mejor es el ajuste del modelo (véase Kline, 2005 para una revisión de todos estos índices).

En los varones, el análisis ROC produjo un área bajo la curva robusta (*area under the curve*, AUC= 0,931; ET= 0,018) con un intervalo de confianza de 95% entre 0,924 y 0,937 ($z= 23,016$; $p < 0,0001$) para la clasificación de los hombres en los grupos de fobia social o sin fobia social. La puntuación total de 92 en el CASO-A30 proporciona el mejor balance entre sensibilidad (0,921) y especificidad (0,798) y clasifica correctamente al 92,13% de los hombres diagnosticados con fobia social (82 de 89) y al 79,83% de los varones sin fobia social (4540 de 5736). La tabla 29 muestra los resultados del análisis ROC en varones utilizando los cinco factores (dimensiones) y la puntuación total del CASO-A30.

En cuanto a las mujeres, el análisis ROC produjo un área bajo la curva robusta (AUC= 0,904; ET= 0,015) con un intervalo de confianza de 95% entre 0,897 y 0,910 ($z= 28,851$; $p < 0,0001$) para la clasificación de las mujeres en los grupos de fobia social o sin fobia social. La puntuación total de 97 en el CASO-A30 proporciona el mejor balance entre sensibilidad (0,918) y especificidad (0,738) y clasifica correctamente al 91,76% de las mujeres diagnosticados con fobia social (156 de 170) y al 73,80% (5478 de 7544) sin fobia social (tabla 30). La figura 5 muestra la curva ROC para el diagnóstico de fobia social en hombres y mujeres según la puntuación total del CASO-A30.

Tabla 28. Modelo de medias estructuradas

Muestra	χ^2 grupal	% de con- tribución al χ^2	SRMR	gI	χ^2 global (p)	RMSEA	CFI	TLI	Vector medio de las variables independientes				
									F1 (t)	F2 (t)	F3 (t)	F4 (t)	F5 (t)
No clínica													
Hombre	3056,68	40,94	0,040	840	7466,85 (0,000)	0,051	0,978	0,978	0,42*** (17,54)	0,04*** (17,32)	0,18*** (7,90)	0,25*** (12,71)	0,19*** (8,70)
Mujer	4410,17	59,06	0,044										
Clínica													
Hombre	746,22	51,18	0,100	840	1458,09 (0,000)	0,065	0,896	0,892	0,29*** (2,94)	0,25*** (3,03)	0,22** (2,22)	0,28*** (3,34)	0,08 (0,68)
Mujer	711,87	48,82	0,044										

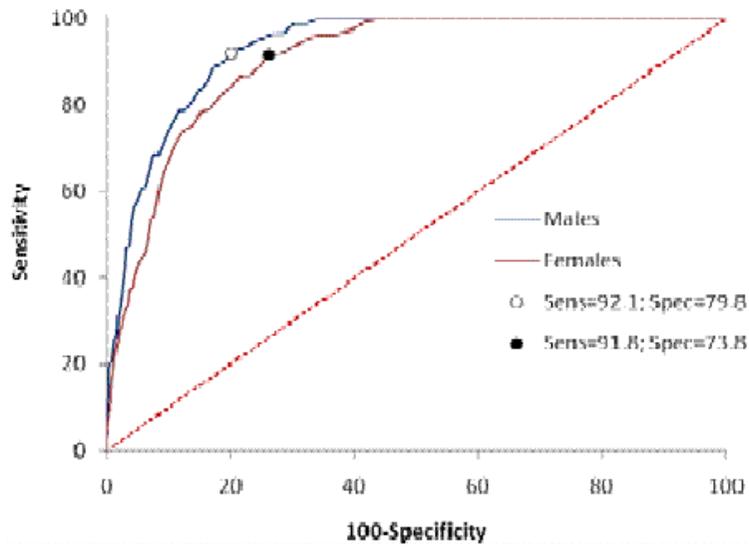
Notas. SRMR (*standardized root mean square residual*)= raíz cuadrada de la media de residuos al cuadrado; RMSEA (*root mean square error of approximation*)= error de aproximación de la raíz cuadrada media; CFI (*comparative fit index*)= índice de ajuste comparativo; TLI (*Tucker-Lewis index*)= índice de Tucker-Lewis; F1. Hablar en público o con personas de autoridad; F2. Interacción con el sexo opuesto; F3. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado; F4. Quedar en evidencia o en ridículo; F5. Interacción con desconocidos. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Tabla 29. Resultados del análisis ROC para los cinco factores y la puntuación total del CASO-A30, según el sexo y para la muestra completa

Sexo	Sensibilidad	Especificidad	Punto de corte	Área bajo la curva	Error típico	IC 95%	z	p	Verdadero positivo		Verdadero negativo		Falso positivo		Falso negativo	
									n	%	n	%	n	%	n	%
Hombre																
F1	86,5	77,1	19	0,879	0,0237	0,870 - 0,887	15,962	0,0001	77	86,52	4385	77,11	1302	22,89	12	13,48
F2	69,7	86,5	20	0,843	0,0261	0,833 - 0,852	13,116	0,0001	62	69,66	4919	86,50	768	13,50	27	30,34
F3	73,0	89,8	21	0,891	0,0227	0,883 - 0,899	17,263	0,0001	65	73,03	5108	89,82	579	10,18	24	26,97
F4	89,9	68,3	19	0,843	0,0262	0,833 - 0,852	13,104	0,0001	80	88,89	3885	68,31	1802	31,69	9	10,11
F5	74,2	81,0	17	0,857	0,0253	0,848 - 0,866	14,132	0,0001	66	74,16	4606	80,99	1081	19,01	23	25,84
Total	92,1	79,8	92	0,931	0,0187	0,924 - 0,937	23,016	0,0001	82	92,13	4540	79,83	1147	20,17	7	7,87
Mujer																
F1	70,6	83,0	23	0,839	0,0191	0,831 - 0,848	17,777	0,0001	120	70,59	6161	83,00	1262	17,00	50	29,41
F2	69,4	79,9	20	0,821	0,0198	0,812 - 0,829	16,183	0,0001	118	69,41	5931	79,90	1492	20,10	52	30,59
F3	92,4	65,7	19	0,867	0,0178	0,859 - 0,874	20,565	0,0001	157	92,35	4879	65,73	2544	34,27	13	7,65
F4	81,8	69,6	21	0,823	0,0197	0,814 - 0,832	16,365	0,0001	139	81,76	5169	69,63	2254	30,37	31	18,24
F5	68,2	80,8	18	0,823	0,0197	0,814 - 0,832	16,372	0,0001	116	68,24	5995	80,76	1428	19,24	54	31,77
Total	91,8	73,8	97	0,904	0,0156	0,897 - 0,910	28,851	0,0001	156	91,76	5478	73,80	1945	26,20	14	8,24

Nota: IC= intervalo de confianza; F1. Hablar en público o con personas de autoridad; F2. Interacción con el sexo opuesto; F3. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado; F4. Quedar en evidencia o en ridículo; F5. Interacción con desconocidos.

Figura 5. Sensibilidad y especificidad para la clasificación de hombres y mujeres con y sin fobia social para los distintos valores del CASO-A30



Nota: Sensitivity / Sens= sensibilidad; Specificity / Spec= especificidade; Males= hombres; Females= mujeres.

20. NOVENO ESTUDIO. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL “CUESTIONARIO DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADULTOS” (CASO-A30) CON UNIVERSITARIOS ESPAÑOLES

20.1. Objetivo

El objetivo de este estudio fue hallar las propiedades psicométricas de la versión definitiva del cuestionario, el CASO-A30, con universitarios españoles y analizar las diferencias y similitudes en ansiedad social en esta muestra.

20.2. Método

20.2.1. *Participantes*

Participaron 15504 estudiantes universitarios de 17 comunidades autónomas de España (no se incluyeron ni Ceuta ni Melilla). La edad media de la muestra fue de 21,16 años ($DT= 4,08$) sobre una muestra de 15356 sujetos (148 sujetos no rellenaron estos datos). La edad mínima fue de 17 años y la máxima de 60. La tabla 30 muestra la media y desviación típica de la edad de los participantes por comunidad autónoma y por sexo. La distribución de los participantes por carrera, de mayor a menor, fue la siguiente: Psicología (19,25%), Educación (13,79%), Económicas y Empresariales (9,85%), Ingeniería (6,01%), Derecho (5,45%), Ciencias de la Salud (5,26%), Medicina (4,81%), Informática y Telecomunicaciones (4,30%), Trabajo Social (4,19%), Arquitectura (3,94%), Ciencias (2,07%), Biología (1,81%), Ciencias de la Información (1,78%), Actividad Física y Deporte (1,41%), Filosofía y Letras (1,26%), Veterinaria (1,12%), Políticas y Sociología (0,77%), Odontología (0,67%), Farmacia (0,34%), Biblioteconomía y Documentación (0,26%) y Otras carreras (11,67%). El 0,64% de los estudiantes no rellenó este apartado.

Tabla 30. Distribución por sexo y edad (media y desviación típica) de los participantes por cada comunidad autónoma (N= 10405)

Comunidad autónoma	Mujeres			Hombres			Total		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Andalucía	1938	20,6	3,94	1268	21,04	4,83	3206	20,78	4,32
Aragón	658	20,92	4,3	348	21,18	3,85	1006	21,01	4,15
Asturias	362	21,13	3,56	236	21,13	3,07	598	21,13	3,37
Canarias	294	21,99	4,43	180	22,52	4,54	474	22,19	4,47
Cantabria	240	22,17	3,52	49	22,26	2,76	289	22,19	3,4
Castilla y León	1118	21,78	4,63	512	22,01	5,05	1630	21,85	4,76
Castilla-La Mancha	274	21,13	4,14	129	22,19	5,13	403	21,47	4,5
Cataluña	757	20,42	3,71	377	20,84	4,2	1134	20,56	3,88
Comunidad Valenciana	448	21,19	4,05	179	21,44	4,62	627	21,26	4,22
Extremadura	606	20,91	3,92	189	21,37	4,63	795	21,02	4,1
Galicia	501	20,74	2,47	191	21,66	3,65	692	20,99	2,88
Islas Baleares	208	22,43	4,37	106	24,08	6,16	314	22,99	5,1
La Rioja	238	20,82	3,19	144	21,91	4,09	382	21,23	3,59
Madrid	1713	21,14	3,61	597	21,19	3,57	2310	21,15	3,6
Murcia	249	21,14	4,33	108	21,68	4,36	357	21,3	4,34
Navarra	162	20,17	3,57	20	20,25	1,45	182	20,18	3,4
País Vasco	639	20,76	3,11	318	21,04	3,89	957	20,85	3,39
Todas las comunidades	10405	21,04	3,9	4951	21,41	4,42	15356	21,16	4,08

20.2.2. Instrumentos

En este trabajo se utilizaron los siguientes instrumentos de autoinforme:

- a) “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30). Este cuestionario consta de 30 ítems (+ 2 de control) que se puntúan en una escala Likert de 5 puntos (de 1= “Nada o muy poco” a 5= “Mucho o muchísimo”) para indicar el grado de malestar, tensión o nerviosismo en situaciones sociales. El CASO-A30 evalúa cinco dimensiones de la ansiedad social: 1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, 2) Interacción con desconocidos, 3) Interacción con el sexo opuesto, 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado y 5) Quedar en evidencia o en ridículo. Cada dimensión consta de seis ítems distribuidos al azar a lo largo del cuestionario.
- b) “Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme” (*Liebowitz Social Anxiety Scale, Self-Report, LSAS-SR*; Liebowitz, 1987). Este instrumento 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/ansiedad en una escala tipo Likert que va desde 0 (nada) hasta 3 (mucho) al igual que la evitación sobre el mismo tipo de escala, desde 0 (nunca) hasta 3 (habitualmente). La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de la subescala de Ansiedad y la de Evitación.

20.2.3. *Procedimiento*

Se contactó con profesores de diferentes universidades españolas para que aplicaran los cuestionarios en las distintas Facultades universitarias o bien miembros del grupo central de investigación se desplazaron a algunas comunidades autónomas para pasar los cuestionarios.

Los dos cuestionarios estaban impresos en una misma hoja (uno por cada cara) y su aplicación duraba entre 10 y 15 minutos. Dicha aplicación era anónima (los sujetos no tenían que poner su nombre) y se pasaban al comienzo de cada clase, una vez se tenía la autorización previa del profesor y se informaba a los estudiantes sobre el objetivo de la investigación.

La participación de los estudiantes fue voluntaria, no hubo ningún tipo de remuneración económica pero se les dio un correo electrónico al cual podían escribir para solicitar una retroalimentación sobre los resultados obtenidos en los cuestionarios.

20.2.4. *Análisis de datos*

Los datos se sometieron a tres tipos de análisis: AFE, AFC y ESEM. Se dividió la muestra de participantes en dos submuestras aleatorias ($n_1= 7752$, $n_2= 7752$). En las nuevas muestras se aceptó la hipótesis de equiprobabilidad con respecto a la variable sexo, $\chi^2(1)= 0,020$; $p= 0,886$). Se realizaron asimismo las comprobaciones usuales de adecuación de los datos para su factorización: KMO= 0,932; prueba de esfericidad de Bartlett: $\chi^2(435)= 75876,596$; $p= 0,000$; media de correlaciones anti-imagen= -0,031 (de ellas, únicamente el 11,72% superó el valor de |0,10|); medias de las medidas de adecuación muestral= 0,927. El AFE se hizo con la primera submuestra utilizando un método de rotación oblicuo (promax) y, para verificar si el número de factores extraídos era adecuado, se llevó a cabo un análisis paralelo (Horn, 1965).

Para realizar el AFC se tomaron las matrices de varianzas-covarianzas policóricas y varianzas-covarianzas asintóticas de la segunda submuestra aleatoria y se analizaron con el programa LISREL,

versión 8.8 (*Scientific Software International, 2006*) utilizando el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados diagonalizados (*diagonally wighted least squares, DWLS*), puesto que los datos no cumplían con los requisitos necesarios para utilizar una estimación por máxima verosimilitud (*maximum likelihood, ML*). Se restringieron a cero todas las saturaciones en más de un factor y no se permitió la covariación de los errores de los indicadores. Se sometieron a prueba tres modelos: 1) unifactorial, 2) de cinco factores correlacionados y 3) de cinco factores de primer orden y uno de segundo orden.

Por otra parte, se llevó a término un ESEM mediante el programa Mplus, versión 5.2 (Muthén y Muthén, 2008), sobre los 7752 participantes de la segunda submuestra, para asegurar la validez factorial del cuestionario.

También se calcularon las correlaciones interfactores del CASO-A30, la validez convergente con la LSAS-SR, su consistencia interna (alfa de Cronbach) y su fiabilidad (método de las dos mitades de Guttman).

Finalmente, para realizar las comparaciones por sexo, comunidades autónomas y carreras universitarias se utilizó la *t* de Student y el análisis de varianza. Adicionalmente, se empleó la *d* de Cohen para calcular la magnitud de las diferencias que aparecían como significativas.

20.3. Resultados

20.3.1. *Análisis factorial exploratorio del CASO-A30*

La matriz de correlaciones policóricas de la primera submuestra, se presenta en la tabla 31. La tabla 32 muestra los resultados del AFE de componentes principales con rotación oblicua (promax) y la saturación de cada uno de los ítems del CASO-A30 en los distintos factores obtenidos. La solución de cinco factores de dicho análisis explica el 54,39% de la varianza común: 1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, con un valor propio de 9,52, explica el 31,74% de la varianza, 2) Interacción con desconocidos, con un valor propio de 2,16, explica el 7,19% de la varianza, 3) Interacción con el sexo opuesto, con un valor propio de 1,72, explica el 5,72% de la varianza, 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, un valor propio de 1,59, explica el 5,28% de la varianza y 5) Quedar en evidencia o en ridículo, con un valor propio de 1,34, explica el 4,45% de la varianza.

Tabla 31. Matriz de correlaciones policóricas de los ítems que componen el CASO-A30

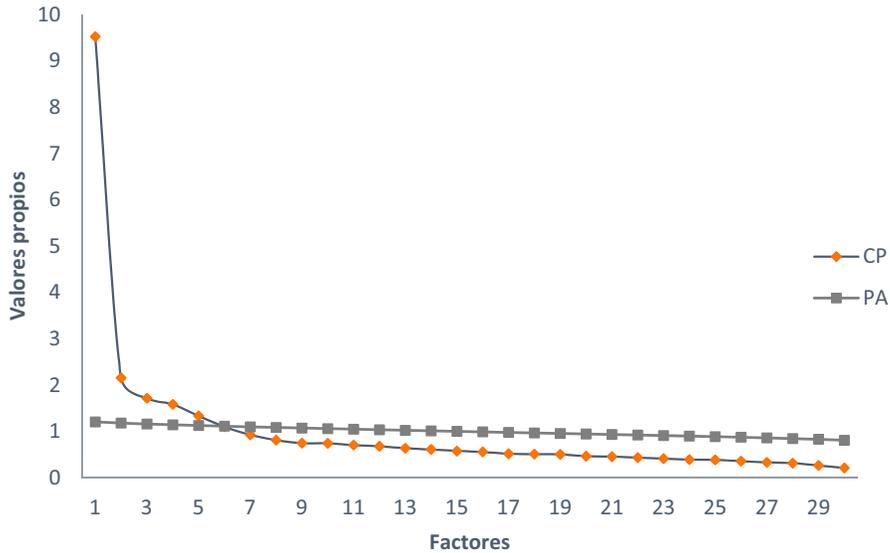
Ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1														
2	0,31	1													
3	0,08	0,20	1												
4	0,14	0,28	0,35	1											
5	0,20	0,41	0,21	0,35	1										
6	0,17	0,23	0,33	0,41	0,34	1									
7	0,14	0,21	0,45	0,31	0,29	0,44	1								
8	0,38	0,17	0,04	0,10	0,17	0,17	0,21	1							
9	0,19	0,29	0,14	0,21	0,32	0,28	0,27	0,31	1						
10	0,09	0,17	0,29	0,25	0,19	0,32	0,27	0,06	0,26	1					
11	0,12	0,26	0,15	0,23	0,25	0,27	0,22	0,20	0,34	0,34	1				
12	0,10	0,18	0,76	0,31	0,21	0,32	0,48	0,09	0,18	0,32	0,22	1			
13	0,15	0,18	0,32	0,24	0,23	0,35	0,32	0,14	0,25	0,57	0,29	0,39	1		
14	0,12	0,26	0,11	0,17	0,23	0,25	0,23	0,17	0,35	0,22	0,43	0,17	0,30	1	
15	0,16	0,19	0,29	0,22	0,23	0,32	0,37	0,19	0,25	0,36	0,26	0,34	0,46	0,31	1
16	0,20	0,18	0,23	0,22	0,17	0,26	0,26	0,24	0,20	0,20	0,18	0,26	0,27	0,22	0,36
17	0,10	0,18	0,27	0,27	0,20	0,32	0,27	0,13	0,22	0,56	0,24	0,31	0,62	0,267	0,51
18	0,13	0,20	0,54	0,31	0,25	0,34	0,49	0,15	0,23	0,29	0,21	0,62	0,36	0,23	0,37
19	0,16	0,17	0,23	0,23	0,19	0,35	0,27	0,12	0,26	0,38	0,24	0,26	0,48	0,24	0,35
20	0,12	0,20	0,23	0,46	0,22	0,42	0,32	0,13	0,24	0,28	0,29	0,25	0,25	0,28	0,27
21	0,21	0,23	0,33	0,31	0,23	0,32	0,37	0,25	0,28	0,26	0,25	0,37	0,30	0,26	0,33
22	0,17	0,20	0,27	0,26	0,24	0,29	0,34	0,20	0,23	0,39	0,22	0,30	0,45	0,22	0,45
23	0,18	0,22	0,31	0,50	0,26	0,43	0,35	0,15	0,27	0,39	0,30	0,32	0,45	0,28	0,37
24	0,22	0,25	0,12	0,21	0,22	0,24	0,23	0,31	0,30	0,16	0,28	0,15	0,18	0,32	0,23
25	0,12	0,20	0,46	0,28	0,23	0,30	0,38	0,14	0,23	0,27	0,20	0,49	0,31	0,20	0,34
26	0,17	0,43	0,19	0,24	0,36	0,26	0,26	0,19	0,43	0,25	0,44	0,21	0,26	0,50	0,28
27	0,14	0,22	0,26	0,50	0,27	0,34	0,26	0,14	0,22	0,28	0,24	0,26	0,31	0,20	0,30
28	0,28	0,22	0,12	0,17	0,19	0,21	0,21	0,32	0,26	0,09	0,19	0,14	0,14	0,27	0,19
29	0,16	0,22	0,44	0,27	0,25	0,36	0,67	0,18	0,26	0,28	0,22	0,49	0,36	0,24	0,38
30	0,15	0,26	0,31	0,63	0,30	0,41	0,32	0,15	0,26	0,30	0,30	0,31	0,33	0,23	0,32
Ítems	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
16	1														
17	0,33	1													
18	0,35	0,37	1												
19	0,26	0,42	0,33	1											
20	0,22	0,29	0,31	0,37	1										
21	0,45	0,31	0,48	0,31	0,38	1									
22	0,29	0,47	0,37	0,36	0,30	0,42	1								
23	0,29	0,43	0,37	0,39	0,54	0,40	0,44	1							
24	0,33	0,20	0,26	0,22	0,27	0,44	0,30	0,33	1						
25	0,32	0,33	0,47	0,27	0,28	0,38	0,36	0,36	0,30	1					
26	0,22	0,27	0,29	0,26	0,28	0,31	0,29	0,32	0,37	0,36	1				
27	0,26	0,35	0,29	0,29	0,43	0,32	0,34	0,54	0,24	0,34	0,31	1			
28	0,32	0,13	0,22	0,16	0,18	0,36	0,24	0,23	0,46	0,21	0,31	0,22	1		
29	0,28	0,32	0,57	0,33	0,31	0,43	0,37	0,38	0,28	0,43	0,32	0,28	0,31	1	
30	0,26	0,34	0,36	0,32	0,53	0,38	0,35	0,61	0,283	0,33	0,32	0,60	0,26	0,38	1

Como se muestra en la figura 6, el número de factores extraídos por el análisis paralelo fue de cinco, a pesar de que los valores propios superiores a la unidad fueron seis. Optamos, en consecuencia, por retener la solución de cinco factores.

Tabla 32. Saturaciones factoriales de los ítems del CASO-A30 en AFE (promax) y ESEM (geomín)

Factores	Ítems	AFE (promax) (n= 7932)					ESEM (geomín) (n= 15773)				
		F1	F2	F3	F4	F5	F1	F2	F3	F4	F5
F1. Hablar en público/ Interacción con personas de autoridad	12. Tener que hablar en clase, en el trabajo o en una reunión	0,91	0,04	-0,06	0,00	-0,14	0,85	0,05	0,01	0,06	-0,04
	3. Hablar en público	0,90	-0,04	0,03	-0,02	-0,19	0,81	0,01	0,08	0,05	-0,09
	18. Que me pregunte un profesor en clase o un superior en una reunión	0,74	0,08	-0,02	-0,02	0,09	0,59	0,08	0,06	0,02	0,22
	7. Participar en una reunión con personas de autoridad	0,68	-0,01	0,01	0,10	0,06	0,45	0,11	0,08	0,06	0,29
	29. Hablar con un superior o una persona con autoridad	0,66	0,06	-0,03	0,04	0,16	0,44	0,14	0,09	0,02	0,30
F2. Interacción con desconocidos	25. Que en una cena con compañeros me obliguen a dirigir la palabra en nombre de todos	0,55	0,08	0,05	0,03	0,10	0,41	0,15	0,09	0,14	0,11
	17. Hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones	-0,01	0,83	0,04	-0,03	-0,04	0,03	0,72	0,07	0,04	0,05
	13. Mantener una conversación con una persona a la que acabo de conocer	0,06	0,81	-0,02	0,06	-0,09	0,11	0,71	0,03	0,07	-0,03
	10. Hacer nuevos amigos	0,01	0,75	0,03	0,14	-0,22	0,05	0,62	0,09	0,14	-0,10
	19. Mirar a los ojos mientras hablo con una persona a la que acabo de conocer	-0,02	0,58	0,12	0,02	0,04	0,03	0,46	0,13	0,08	0,07
F3. Interacción con el sexo opuesto	15. Saludar a cada uno de los asistentes a una reunión social cuando a muchos no los conozco	0,15	0,58	-0,07	0,03	0,13	0,14	0,47	-0,01	0,12	0,17
	22. Ir a un acto social donde sólo conozco a una persona	0,08	0,52	0,09	-0,09	0,23	0,09	0,39	0,14	0,03	0,26
	4. Pedirle a una persona atractiva del sexo opuesto que salga conmigo	0,09	-0,16	0,85	0,05	-0,10	0,12	-0,06	0,73	0,08	-0,02
	30. Decirle a una persona que me atrae que me gustaría conocerla mejor	0,00	0,01	0,84	0,00	0,02	0,05	0,00	0,77	0,05	0,06
	27. Sacar a bailar a una persona que me atrae	-0,07	0,09	0,75	-0,03	0,03	-0,02	0,10	0,59	0,08	0,05
F4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	20. Que una persona que me atrae me pida que salga con ella	-0,06	0,10	0,70	0,02	0,02	0,02	0,15	0,53	0,06	0,06
	23. Iniciar una conversación con una persona del sexo opuesto que me gusta	-0,04	0,28	0,65	-0,04	0,05	0,02	0,26	0,59	0,04	0,09
	6. Sentirme observado/a por personas del sexo opuesto	0,19	0,10	0,38	0,15	-0,01	0,18	0,14	0,34	0,12	0,12
	26. Decir a alguien que su comportamiento me está molestando y pedir que deje de hacerlo	0,04	0,05	-0,01	0,72	0,07	0,06	0,04	0,05	0,70	0,04
	11. Decirle a alguien que ha herido mis sentimientos	-0,08	0,22	0,02	0,63	-0,06	0,00	0,16	0,08	0,50	0,02
F5. Quedar en evidencia o en ridículo	14. Expresar mi enfado a una persona que se está metiendo conmigo	-0,08	0,24	-0,11	0,62	0,08	-0,01	0,13	-0,02	0,59	0,06
	2. Tener que decirle a un vecino que deje de hacer ruido	0,09	-0,19	0,10	0,61	0,07	0,06	-0,07	0,07	0,48	0,09
	9. Decir que no cuando me piden algo que me molesta hacer	-0,01	0,09	-0,05	0,58	0,16	0,01	0,08	0,01	0,45	0,19
	5. Quejarme a un camarero de que la comida no está a mi gusto	0,15	-0,16	0,21	0,55	-0,04	0,15	-0,07	0,18	0,42	0,04
	28. Que me critiquen	0,01	-0,13	0,02	0,08	0,72	-0,01	-0,11	0,03	0,16	0,60
24. Que me echen en cara algo que he hecho mal	8. Hablar con alguien y que no me preste atención	-0,07	-0,02	-0,12	0,08	0,70	-0,09	0,00	-0,03	0,11	0,51
	1. Saludar a una persona y no ser correspondido/a	-0,05	-0,01	0,07	0,15	0,63	-0,04	-0,01	0,09	0,17	0,53
	16. Que me gasten una broma en público	-0,06	-0,08	-0,01	0,08	0,58	-0,09	-0,01	0,01	0,17	0,39
21. Equivocarme delante de la gente	0,14	0,22	0,01	-0,17	0,54	0,14	0,15	0,08	0,02	0,42	
		0,27	0,09	0,15	-0,10	0,49	0,21	0,08	0,15	0,05	0,48

Figura 6. Resultados del análisis paralelo con el CASO-A30



Nota: CP= Componentes principales; PA= Análisis paralelo con valores propios aleatorios.

20.3.2. *Fiabilidad compuesta y varianza media extraída*

Se calculó la fiabilidad compuesta de cada variable latente (es decir, la consistencia interna de los constructos) y la varianza media extraída para cada uno de los constructos latentes (es decir, la validez o el grado en que los indicadores miden de forma precisa el constructo correspondiente) para cada uno de los modelos sometidos a prueba. Todos los valores señalados se incluyen en la tabla 33.

Para el cálculo de la fiabilidad compuesta se siguió la fórmula:

$$\rho_c = \frac{(\sum \lambda)^2}{(\sum \lambda)^2 + \sum(\theta)}$$

donde ρ_c es la fiabilidad compuesta, λ las saturaciones factoriales (*loadings*) y θ las varianzas de error de los indicadores.

Para obtener las varianzas medias extraídas, aplicamos la fórmula:

$$\rho_v = \frac{(\sum \lambda^2)}{[\sum \lambda^2 + \sum(\theta)]}$$

donde ρ_v es la varianza media extraída, λ las saturaciones factoriales (*loadings*) y θ las varianzas de error de los indicadores.

Tabla 33. Fiabilidad compuesta y varianza media extraída de los factores del CASO-A30 en los tres modelos

Factores del CASO-A30	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	ρ_c	ρ_v	ρ_c	ρ_v	ρ_c	ρ_v
F1. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	0,929	0,312	0,878	0,545	0,863	0,514
F2. Interacción con desconocidos	--	--	0,841	0,469	0,836	0,462
F3. Interacción con el sexo opuesto	--	--	0,867	0,522	0,856	0,502
F4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	--	--	0,783	0,378	0,772	0,364
F5. Quedar en evidencia o en ridículo	--	--	0,744	0,339	0,753	0,345

Nota: CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; ρ_c = fiabilidad compuesta; ρ_v = varianza media extraída.

Como se puede comprobar en la tabla 33, las fiabilidades de los cinco constructos especificados superan el umbral de 0,74; la varianza media extraída es superior al 50% en los factores 1 y 3 en los modelos 2 (factores correlacionados) y 3 (jerárquico). El resto de los factores ha obtenido valores inferiores al 50% en la varianza media extraída (VME).

20.3.3. *Análisis factorial confirmatorio y análisis exploratorio con ecuaciones estructurales del CASO-A30*

Los resultados del AFC y del ESEM se presentan en la tabla 34. Como se puede ver, el modelo 2 de cinco factores correlacionados es el que mejor ajuste tiene, aunque seguido muy de cerca por el modelo 3 de cinco factores de primer orden y uno de segundo orden, lo que supone una prueba de validez basada en la estructura factorial del CASO-A30. La figura 7 muestra de forma gráfica los resultados obtenidos con el ESEM en el modelo 2.

Tabla 34. Ajuste de los tres modelos del análisis factorial confirmatorio y del análisis exploratorio con ecuaciones estructurales para el CASO-A30

	AFC			ESEM del modelo 2
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	
<i>n</i>	7752	7752	7752	7752
χ^2	11215,51	7364,00	8137,69	8249,42
S-B χ^2	32583,28	10714,90	10792,75	
gl	405	395	400	295
RMSEA	0,100	0,058	0,058	0,061
NFI	0,90	0,97	0,97	---
TLI	0,90	0,97	0,97	0,97
CFI	0,90	0,97	0,97	0,98
IFI	0,90	0,97	0,97	---
SRMR	0,082	0,051	0,059	0,028

Nota. AFC= análisis factorial confirmatorio; ESEM= modelo exploratorio con ecuaciones estructurales; χ^2 = chi-cuadrado corregida; S-B χ^2 = chi-cuadrado de Satorra-Bentler; RMSEA (*root mean square error of approximation*)= error de aproximación de la raíz cuadrada media; NFI (*normed fit Index*)= índice de ajuste normado; TLI (*Tucker-Lewis index*)= índice de Tucker-Lewis (ajuste no normado); CFI (*comparative fit index*)= índice de ajuste comparativo; IFI (*incremental fit index*)= índice de ajuste incremental; SRMR (*standardized root mean square residual*)= raíz cuadrada de la media de residuos al cuadrado.

20.3.4. *Análisis correlacional del CASO-A30*

La tabla 35 presenta las correlaciones entre los cinco factores del CASO-A30. Dichas correlaciones fueron bajas (entre 0,22 y 0,48) indicando que aunque existe alguna relación, ésta es relativamente débil, tal y como se esperaba. El factor 1 (Hablar en público/Interacción con personas de autoridad) es el que presenta relaciones “más fuertes” con los demás factores, mientras que el factor 5 (Quedar en evidencia o en ridículo) el que menos.

20.3.5. *Validez convergente del CASO-A30*

Para hallar la validez convergente del CASO-A30 se utilizó la LSAS-SR. La tabla 36 muestra las correlaciones de la puntuación total y de los cinco factores del CASO-A 30 con la puntuación total de la LSAS-SR y las dos subescalas: Ansiedad y Evitación.

Figura 7. Resultados del análisis exploratorio con ecuaciones estructurales para el CASO-A30

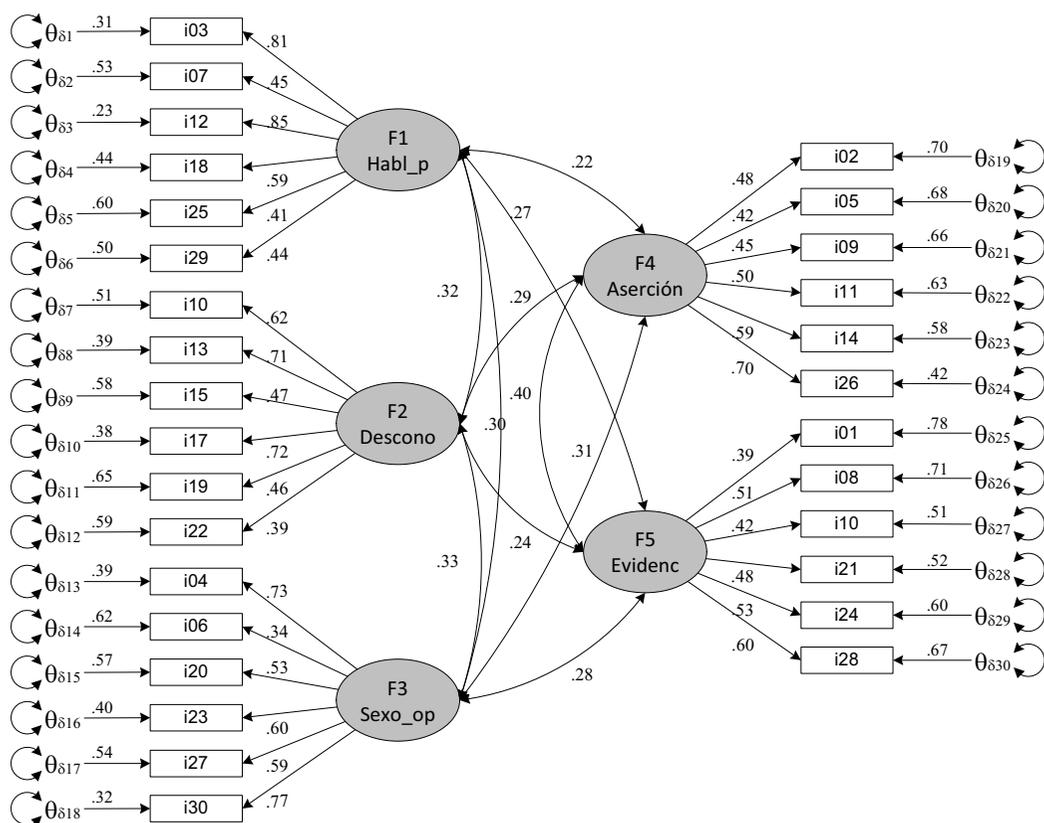


Tabla 35. Correlaciones entre los factores del CASO-A30

Factores del CASO-A30	F1	F2	F3	F4	F5
F1. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	1,00	0,47	0,48	0,32	0,36
F2. Interacción con desconocidos	0,33	1,00	0,46	0,35	0,36
F3. Interacción con el sexo opuesto	0,30	0,33	1,00	0,40	0,37
F4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,22	0,29	0,31	1,00	0,39
F5. Quedar en evidencia o en ridículo	0,27	0,24	0,28	0,40	1,00

Nota. Correlaciones AFE (promax) en la mitad superior de la diagonal; Correlaciones ESEM (geomin) en la mitad inferior de la diagonal; CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos".

Tabla 36. Correlaciones entre el CASO-A30 (y sus factores) con la LSAS-SR (y sus subescalas)

Factores del CASO-A30	LSAS-SR		
	Ansiedad	Evitación	Total
F1. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	0,57	0,43	0,54
F2. Interacción con desconocidos	0,58	0,47	0,56
F3. Interacción con el sexo opuesto	0,56	0,43	0,53
F4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,49	0,39	0,47
F5. Quedar en evidencia o en ridículo	0,44	0,36	0,43
Total CASO-A30	0,70	0,55	0,66

Nota: CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; LSAS-SR= "Escala de ansiedad social, de Liebowitz - versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*). Todas las correlaciones fueron significativas $p \leq 0,001$.

20.3.6. *Fiabilidad y consistencia interna del CASO-A30*

Para calcular la fiabilidad y la consistencia interna del CASO-A30 utilizamos el método de las dos mitades de Guttman y los coeficientes alfa de Cronbach, respectivamente. La tabla 37 muestra estos valores. Encontramos que la consistencia interna de la puntuación global del CASO-A30 fue muy alta y las de los factores fueron de moderadas a altas (entre 0,71 y 0,84). La fiabilidad del cuestionario fue buena y la de las subescalas fueron moderadas (entre 0,75 y 0,79). Dado que la LSAS-SR fue el instrumento con el que se evaluó la validez convergente, consideramos conveniente hallar su fiabilidad y niveles de consistencia interna. A nivel global la consistencia interna fue muy alta y alta para las subescalas. En cuanto a la fiabilidad, tanto a nivel global como en las subescalas los índices fueron altos.

20.3.7. *Diferencias y similitudes en ansiedad social según el sexo*

Teniendo en cuenta que en el estudio 8, con el CASO-A30, encontramos diferencias de sexo queríamos comprobar si esas diferencias se mantenían tanto a nivel global como en las distintas dimensiones de la ansiedad social. En la tabla 38 se pueden ver las puntuaciones de hombres y mujeres en esos ámbitos, con unas diferencias significativas halladas por medio de la *t* de Student y a un nivel de $p < 0,0001$. Según la *d* de Cohen, estas diferencias se sitúan entre pequeñas y moderadas, resaltando la mayor ansiedad por parte de las mujeres tanto en la dimensión de "Hablar

en público/Interacción con personas de autoridad" ($d= 0,69$) como en el aspecto global de la ansiedad social ($d= 0,55$).

Tabla 37. Coeficientes de consistencia interna (α de Cronbach) y fiabilidad (dos mitades de Guttman) para el CASO-A30 y la LSAS-SR con universitarios españoles

Medidas de autoinforme	Consistencia interna	Fiabilidad
CASO-A30		
F1. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	0,84	0,83
F2. Interacción con desconocidos	0,80	0,82
F3. Interacción con el sexo opuesto	0,83	0,82
F4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,74	0,68
F5. Quedar en evidencia o en ridículo	0,71	0,68
Total CASO-A30	0,91	0,89
LSAS-SR		
Ansiedad	0,88	0,84
Evitación	0,85	0,80
Total LSAS-SR	0,92	0,86

Nota. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; LSAS-SR= "Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*).

Tabla 38. Medias (y desviaciones típicas) entre sexos en las dimensiones y en la puntuación global del CASO-A30

Dimensiones (factores) del CASO-A30	Hombres (n= 5060)		Mujeres (n= 10601)		d
	M	DT	M	DT	
F1. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	16,30	4,78	19,68	5,04	0,69
F2. Interacción con desconocidos	13,17	4,19	14,11	4,55	0,22
F3. Interacción con el sexo opuesto	17,04	4,96	19,29	5,00	0,45
F4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	15,74	4,26	17,14	4,41	0,32
F5. Quedar en evidencia o en ridículo	18,00	4,33	19,51	4,19	0,35
Total CASO-A30	80,22	16,75	89,67	17,62	0,55

Nota. Todas las medias de hombres y mujeres se diferencian de forma significativa a nivel de $p < 0,0001$. Se incluyen también los resultados sobre la magnitud de las diferencias obtenidas con la d de Cohen.

21. DÉCIMO ESTUDIO. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL “CUESTIONARIO DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADULTOS” (CASO-A30) CON MUESTRA GENERAL IBEROAMERICANA

21.1. Objetivo

El objetivo de este estudio fue mostrar las propiedades psicométricas (validez factorial, fiabilidad, consistencia interna) de la versión definitiva del cuestionario, el CASO-A30, con muestra general de 18 países de Iberoamérica.

21.2. Método

21.2.1. Participantes

En este estudio participaron 18133 sujetos de la población general de 18 países de Iberoamérica. La tabla 39 muestra la distribución de los participantes por sexo, edad y país. El 0,5% de sujetos no dio alguno de estos datos. Del total de participantes, el 56,8% era mujer y el 43,0% era varón y un 0,2% no incluyó este dato. La edad mínima de los participantes fue de 16 años y la distribución por rangos de edad fue la siguiente: 31,9% tenía menos de 20 años, 34,1% entre 20 y 24 años, 14,1% entre 25 y 30, 16,1% entre 31 y 50 y 3,8% tenía 51 o más años. En cuanto al nivel ocupacional, el 38,26% era estudiante de una carrera universitaria (diferente a Psicología), el 20,46% era estudiante de Psicología, el 12,21% era trabajador con título universitario, el 10,13% era estudiante de bachillerato, el 8,78% era trabajador sin título universitario y el 7,20% era ama de casa, desempleado o jubilado. El 2,96% no proporcionó esta información.

Tabla 39. Medias (y desviaciones típicas) de la edad de los participantes por país y sexo

País	Mujeres			Hombres			Total		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Argentina	516	29,51	10,62	263	31,55	11,80	779	30,20	11,06
Bolivia	105	29,76	9,19	112	29,86	8,69	217	29,81	8,92
Brasil	816	26,19	8,89	612	26,15	8,61	1428	26,18	8,77
Chile	187	23,79	7,54	226	23,15	6,68	413	23,44	7,08
Colombia	1595	25,38	9,37	1354	27,99	10,68	2956	26,56	10,07
Costa Rica	132	24,64	9,10	125	26,05	9,47	257	25,32	9,29
El Salvador	99	22,08	3,10	100	23,25	4,76	199	22,67	4,05
España	1455	26,70	11,39	1115	25,78	10,77	2572	26,31	11,14
Guatemala	98	19,12	5,47	82	20,35	10,00	180	19,68	7,87
Honduras	118	22,68	5,40	132	22,95	5,53	250	22,82	5,46
México	2308	24,73	10,65	1854	24,48	9,75	4162	24,62	10,26
Paraguay	200	22,40	6,04	198	24,87	8,44	398	23,63	7,43
Perú	1111	22,08	6,35	720	23,49	8,65	1831	22,63	7,37
Portugal	293	21,72	6,47	196	24,12	9,28	489	22,69	7,80
Puerto Rico	371	29,85	12,27	152	31,70	12,90	528	30,40	12,43
Rep. Dominicana	125	30,20	9,83	73	34,44	12,16	198	31,76	10,91
Uruguay	394	27,42	11,54	239	26,06	11,98	633	26,91	11,72
Venezuela	343	18,87	2,49	212	19,87	4,88	555	19,25	3,63
Total	10266	25,14	9,88	7765	25,70	10,11	18045	25,38	9,98

21.2.2. Instrumentos

En este trabajo se utilizaron los siguientes instrumentos de autoinforme:

- a) “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30). Este cuestionario consta de 30 ítems que se puntúan en una escala Likert de 5 puntos (de 1= “Nada o muy poco” a 5= “Mucho o muchísimo”) para indicar el grado de malestar, tensión o nerviosismo. El CASO-A30 evalúa cinco dimensiones de la ansiedad social: 1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, 2) Interacción con el sexo opuesto, 3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, 4) Quedar en evidencia o en ridículo y 5) Interacción con desconocidos. Cada dimensión consta de seis ítems distribuidos al azar a lo largo del cuestionario. Los niveles de consistencia interna y fiabilidad de la puntuación global del CASO-A30 han sido muy altos ($\geq 0,91$; $\geq 0,90$, respectivamente) y los de los factores han sido altos (entre 0,80 y 0,86) con excepción del factor “Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado” cuya fiabilidad ha sido moderada (0,79),

según los informes de los estudios 8 y 9 donde se utilizó la versión definitiva del cuestionario. El CASO-A30 ha mostrado también su validez convergente con la LSAS-SR, tanto a nivel global de los autoinformes (de 0,59 a 0,66), como de las dimensiones del CASO-A30 con las subescalas de la LSAS-SR (de 0,26 a 0,58), sobre todo con la de Ansiedad.

- b) “Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme” (*Liebowitz Social Anxiety Scale, Self-Report*, LSAS-SR; Liebowitz, 1987). Esta escala consta de 24 ítems que evalúan la Ansiedad y la Evitación (por separado) de situaciones sociales específicas. A los sujetos se les pide que puntúen su temor o ansiedad en una escala tipo Likert que va de 0 (nada) a 3 (mucho) y el grado de evitación utilizando también una escala Likert que va de 0 (nunca) a 3 (habitualmente). La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de la subescala de Ansiedad y la de Evitación. Menin *et al.* (2002) informan de un punto de corte de 30 para la fobia social no generalizada y de 60 para la fobia social generalizada. Con respecto a ciertas características psicométricas de la versión española, González *et al.* (1998) encontraron una estructura de cuatro factores, que explica el 48,9% de la varianza; el alfa de Cronbach para la subescala de Ansiedad fue de 0,87 y para la subescala de Evitación de fue de 0,88. Estos autores y Bobes *et al.* (1999) concluyeron que el uso de la LSAS-SR es válido para la investigación clínica y la evaluación de pacientes con fobia social en España. Con respecto a la versión en Portugués de la LSAS-SR, Terra *et al.* (2006) encontraron una estructura de cinco factores que explica el 52,9% de la varianza y el alfa de Cronbach para la escala total fue de 0,95.

21.2.3. *Procedimiento*

Se enviaron los cuestionarios a los colaboradores de los 18 países y se les dio la instrucción de pasarlos de forma conjunta. El tiempo de aplicación fue de 10 a 15 minutos y se realizó de manera anónima. Posteriormente, se realizó el ingreso de los datos en una BD de Excel que estaba preparada y validada con el fin de minimizar algunos posibles errores durante la digitación. Este proceso duró cinco meses y la distribución de los colaboradores (grupos de investigación) por países fue la siguiente: Argentina= 8 (2), Bolivia= 1 (1), Brasil= 4 (3), Chile= 4 (2), Colombia= 16 (12), Costa Rica= 1 (1), El Salvador= 1 (1), España= 4 (4), Guatemala= 2 (1), Honduras= 1 (1), México= 26 (11), Paraguay= 4 (2), Perú= 10 (10), Portugal= 5 (3), Puerto Rico= 6 (2), República Dominicana= 3 (1), Uruguay= 8 (3) y Venezuela= 2 (2).

21.2.4. *Análisis de datos*

Inicialmente, se subdividió la muestra en dos ($n_1= 9,066$; $n_2= 9,067$), extrayendo los sujetos de manera aleatorizada y con el objetivo de realizar distintos análisis en la estructura factorial del cuestionario. Se hallaron las correlaciones policóricas de los ítems y las correlaciones de Pearson entre las dimensiones y la puntuación total del cuestionario, en ambas submuestras, utilizando los siguientes procedimientos:

1. Comparación de las correlaciones, utilizando las ecuaciones estructurales, con el objetivo de probar que las dos matrices de correlaciones son invariantes (Jöreskog y Sörbom, 2008; Kline, 2010; Von Eye y Mun, 2005).
2. Comparación individual de los pares de correlaciones (435 en el caso de los ítems – con el cuestionario completo- y 10 en el caso de los factores).

Posteriormente, con la primera submuestra ($n_1= 9066$), se realizó un análisis paralelo para confirmar el número óptimo de factores. Este análisis compara los valores propios observados extraídos de la matriz de correlaciones y los analiza con los obtenidos de variables normales no correlacionadas (obtenidos de datos aleatorizados). Luego, se llevó a cabo un AFE por componentes principales, con rotación promax en las dos submuestras (n_1 y n_2). Se calculó el coeficiente de congruencia en las dos matrices, los valores superiores a 0,95 indicarían que son virtualmente idénticas (Lorenzo-Seva y ten Berge, 2006).

Con la segunda submuestra ($n_2= 9067$) se halló la validez de constructo del CASO-A30, concretamente se hallaron la validez factorial y la validez convergente. Para la validez factorial se realizó un AFC con el programa LISREL, v. 8.8. (Scientific Software International, 2006) y un modelo exploratorio de ecuaciones estructurales (*exploratory structural equation modeling*, ESEM) con el programa MPlus, v. 6.0 (Muthén y Muthén, 2010), usando el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados robustos (*Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted*, WLSMV). Se evaluaron cuatro modelos: 1) unifactorial, 2) de cinco factores correlacionados, 3) de cinco factores de primer orden y uno de segundo orden y 4) el ESEM. El análisis se realizó en la matriz de covarianza de los ítems de la segunda submuestra. Para obtener la validez convergente se calcularon las correlaciones de Pearson entre el total del CASO-A30 y sus dimensiones con el total de la LSAS-SR y sus dos subescalas con la muestra total.

Se hallaron también la fiabilidad y la consistencia interna de ambos instrumentos. En lo que se refiere al CASO-A30 se decidió hacerlo en ambas submuestras (dado que se utilizaron para los análisis previos) mientras que para la LSAS-SR se utilizó la muestra completa.

Finalmente, se analizaron las posibles diferencias por sexo en las dimensiones de ansiedad social evaluadas por el CASO-A30, utilizando la *t* de Student. Adicionalmente, con el fin de conocer la magnitud de esas diferencias calculamos la *d* de Cohen para cada una de las dimensiones y para la puntuación global del CASO-A30.

21.3. Resultados

21.3.1. Extracción de las submuestras

Se compararon las correlaciones de las matrices (de los 30 ítems) y se encontró un ajuste satisfactorio del modelo a los datos (tabla 40). Las diferencias en la contribución al χ^2 en ambas submuestras fue muy pequeño (49,81% en la primera vs. 50,19% en la segunda), la RMSEA fue inferior al valor esperado para el punto de corte (0,05) y los demás indicadores mostraron un ajuste perfecto (TLI= 1,00; CFI= 1,00). Estos resultados apoyan la equivalencia de ambas matrices.

Se obtuvieron resultados similares al comparar las puntuaciones obtenidas en los cinco factores del cuestionario en ambas muestras. El valor global no fue significativo, $\chi^2_{(15)} = 9,81$; $p = 0,830$. La contribución al χ^2 de ambas submuestras fue muy similar (50,34% en la primera vs. 49,66% en la segunda). Todos los índices de ajuste parcial mostraron un ajuste altamente satisfactorio (tabla 40).

Los resultados de la comparación individual de los pares de correlaciones están en la tabla 41. En esta tabla se incluyen los valores *z* (en la parte inferior de la matriz) y los niveles de significación asociados (en la mitad superior de la matriz) para el caso de los factores. En el análisis de correlación de los ítems, únicamente 10 de las 435 comparaciones tuvieron valores *z* iguales o superiores al valor crítico de 2,58, confirmando los resultados obtenidos mediante el método de ecuaciones estructurales. Lo mismo sucedió en el caso de los análisis de correlaciones entre las puntuaciones de los cinco factores. De las 10 comparaciones ninguna mostró diferencias significativas con $p < 0,01$. Por lo tanto, los sujetos de las dos submuestras, seleccionados aleatoriamente de la muestra total, tuvieron estructuras correlacionales estadísticamente idénticas cuando se consideran los 30 ítems de forma individual y en los cinco factores del cuestionario.

Tabla 40. Ajuste de los modelos para el total del cuestionario (con los 30 ítems) y por factores

	De los 30 ítems		De los factores	
	$N_1= 9066$	$N_2= 9067$	$N_1= 9066$	$N_2= 9067$
Contribución a χ^2	388,10	391,03	4,94	4,87
% Contribución a χ^2	49,81	50,19	50,34	49,66
SRMR	0,0071	0,0071	0,0040	0,0040
GFI	1,00	1,00	1,00	1,00
gI		465		15
χ^2		779,13		9,81
p		0,000		0,830
RMSEA		0,0086		0,0000
(IC 90%)		0,0075 - 0,0097		0,0000 - 0,0060
p -close		1,00		1,00
TLI		1,00		1,00
CFI		1,00		1,00

Nota. SRMR (*standardized root mean square residual*)= raíz cuadrada de la media de residuos al cuadrado; GFI (*goodness of fit index*)= índice de bondad del ajuste; χ^2 (*minimum fit function chi-square*)= función de ajuste mínima de chi-cuadrado; RMSEA (*root mean square error of approximation*)= error de aproximación de la raíz cuadrada media; IC 90%= intervalo de confianza de 90% para la RMSEA; p -close (*p-value for test of close fit*)= probabilidad de que la RMSA sea inferior a 0,05; TLI (*Tucker-Lewis index*)= índice de Tucker-Lewis; CFI (*comparative fit index*)= índice de ajuste comparativo.

Tabla 41. Coeficientes de correlación de Pearson entre los cinco factores del CASO-A30, valores z y niveles de significación de las diferencias

Valores z	Niveles de significación									
	Correlaciones de Pearson					Valores z y niveles de significación				
	F1	F2	F3	F4	F5	F1	F2	F3	F4	F5
F1	--	0,58	0,56	0,42	0,48	--	0,180	0,200	0,332	0,729
F2	0,60	--	0,56	0,49	0,45	10,34	--	0,196	0,430	0,396
F3	0,57	0,58	--	0,47	0,47	10,28	10,29	--	0,796	0,388
F4	0,40	0,48	0,47	--	0,55	-0,97	-0,79	0,26	--	0,923
F5	0,47	0,46	0,48	0,55	--	-0,35	0,85	0,86	0,10	--

21.3.2. Análisis paralelo y análisis factorial exploratorio

El análisis paralelo, utilizando el procedimiento de Montecarlo con 200 repeticiones con la primera submuestra, confirmó que la solución de cinco factores es la que mejor se ajusta a nuestros datos, siendo los valores propios mucho más altos que los valores generados aleatoriamente.

Por otra parte, el AFE de componentes principales con rotación promax, realizado con la segunda submuestra, identificó cinco factores con valores propios superiores a 1,00 en ambas submuestras, explicando el 53,60% y el 56,79% de la varianza acumulada (tabla 42).

Tabla 42. Saturaciones factoriales en ambas submuestras y coeficientes de congruencia

	$n_1=9066$					$n_2=9067$				
	F1	F2	F3	F4	F5	F1	F2	F3	F4	F5
Factores e ítems del CASO-A30										
F1. Interacción con personas desconocidas										
Coeficiente de congruencia= 0,999										
13. Mantener una conversación con una persona a la que acabo de conocer	0,79	0,07	-0,01	-0,06	0,03	0,78	0,08	-0,01	-0,06	0,05
10. Hacer nuevos amigos	0,79	-0,01	0,04	-0,25	0,11	0,78	0,01	0,05	-0,24	0,10
17. Hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones	0,76	0,04	0,02	0,08	-0,05	0,78	0,00	0,00	0,14	-0,07
19. Mirar a los ojos mientras hablo con una persona a la que acabo de conocer	0,70	0,05	0,04	-0,04	0,01	0,69	0,04	0,07	-0,06	0,04
15. Saludar a cada uno de los asistentes a una reunión social cuando a muchos no los conozco	0,61	0,12	-0,07	0,16	-0,01	0,62	0,11	-0,08	0,18	0,02
22. Ir a un acto social donde sólo conozco a una persona	0,42	0,05	0,09	0,36	-0,07	0,45	0,06	0,07	0,40	-0,09
F2. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad										
Coeficiente de congruencia= 0,998										
3. Hablar en público	-0,08	0,89	0,04	-0,11	0,01	-0,09	0,91	0,02	-0,10	-0,01
12. Tener que hablar en clase, en el trabajo o en una reunión	0,11	0,86	-0,06	-0,11	0,00	0,09	0,89	-0,08	-0,10	0,00
18. Que me pregunte un profesor en clase o un superior en una reunión	0,12	0,70	-0,01	0,11	-0,02	0,13	0,72	-0,02	0,08	-0,02
7. Participar en una reunión con personas de autoridad	0,07	0,62	0,01	0,05	0,09	0,06	0,61	0,04	0,03	0,08
29. Hablar con un superior o una persona con autoridad	0,19	0,60	-0,01	0,09	0,06	0,17	0,61	0,05	0,05	0,05
25. Que en una cena con compañeros me obliguen a dirigir la palabra en nombre de todos	-0,01	0,59	0,07	0,20	-0,01	0,00	0,57	0,02	0,26	-0,01
F3. Interacción con personas del sexo opuesto										
Coeficiente de congruencia= 0,996										
4. Pedirle a una persona atractiva del sexo opuesto que salga conmigo	-0,22	0,07	0,86	0,01	0,02	-0,22	0,07	0,85	0,02	0,02
30. Decirle a una persona que me atrae que me gustaría conocerla mejor	0,03	-0,02	0,84	0,01	0,01	0,00	0,00	0,84	0,03	0,02
27. Sacar a bailar a una persona que me atrae	0,02	-0,02	0,79	0,06	-0,03	0,02	-0,06	0,78	0,09	-0,03
23. Iniciar una conversación con una persona del sexo opuesto que me gusta	0,30	-0,05	0,66	0,05	-0,02	0,31	-0,05	0,67	0,02	-0,03
20. Que una persona que me atrae me pida que salga con ella	0,25	-0,03	0,65	-0,06	0,03	0,25	-0,01	0,64	-0,07	0,01
6. Sentirme observado/a por personas del sexo opuesto	0,23	0,13	0,36	-0,05	0,16	0,23	0,10	0,42	-0,08	0,17

(Continúa)

Tabla 42. Saturaciones factoriales en ambas muestras y coeficientes de congruencia (continuación)

Factores e ítems del CASO-A30	$N_i = 9066$					$N_j = 9067$				
	F1	F2	F3	F4	F5	F1	F2	F3	F4	F5
F4. Quedar en evidencia o en ridículo										
Coefficiente de congruencia= 0,995				Valor propio= 10,51					Valor propio= 10,57	
24. Que me echen en cara algo que he hecho mal	-0,05	-0,05	0,06	0,73	0,10	-0,05	-0,04	0,06	0,71	0,11
16. Que me gasten una broma en público	0,09	0,07	0,01	0,71	-0,15	0,10	0,02	0,05	0,71	-0,14
8. Hablar con alguien y que no me preste atención	-0,11	-0,10	-0,08	0,69	0,18	-0,07	-0,13	-0,07	0,70	0,18
28. Que me critiquen	-0,07	0,03	0,01	0,70	0,07	-0,10	0,07	0,01	0,67	0,12
21. Equivocarme delante de la gente	0,04	0,18	0,14	0,60	-0,05	0,04	0,21	0,11	0,60	-0,07
1. Saludar a una persona y no ser correspondido/a	-0,05	-0,01	0,00	0,41	0,24	-0,01	-0,01	-0,04	0,46	0,21
F5. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado				Valor propio= 10,21					Valor propio= 10,22	
Coefficiente de congruencia= 0,997				% de la varianza= 40,02					% de la varianza= 40,08	
2. Tener que decirle a un vecino que deje de hacer ruido	-0,24	0,12	0,09	0,03	0,71	-0,23	0,11	0,07	0,07	0,67
26. Decir a alguien que su comportamiento me está molestando y pedir que deje de hacerlo	0,08	0,04	0,03	0,07	0,67	0,06	0,04	0,00	0,08	0,68
14. Expresar mi enfado a una persona que se está metiendo conmigo	0,27	-0,12	-0,14	0,10	0,65	0,25	-0,10	-0,12	0,06	0,67
5. Quejarme a un camarero de que la comida no está a mi gusto	-0,09	0,17	0,08	-0,08	0,64	-0,10	0,14	0,15	-0,07	0,61
9. Decir que no cuando me piden algo que me molesta hacer	0,15	-0,05	-0,08	0,22	0,52	0,15	-0,06	-0,05	0,14	0,58
11. Decirle a alguien que ha herido mis sentimientos	0,20	-0,09	0,09	0,04	0,52	0,20	-0,06	0,05	0,05	0,54

Nota. En **negrita** las saturaciones más altas del ítem en el factor.

En todos los casos, los ítems de ambas submuestras saturaron en el mismo factor que en los estudios anteriores con el CASO-A30. El coeficiente de congruencia calculado para cada factor (> 0,95 en todos los casos) indicó que los factores de las dos submuestras son virtualmente idénticos.

21.3.3. Validez factorial

Uno de los métodos utilizados para hallar la validez de constructo fue la validez factorial. La tabla 43 presenta los índices de ajuste de los cinco modelos evaluados con la segunda submuestra: M₁= unifactorial, M₂= cinco factores correlacionado, M₃= cinco factores de primer orden y uno de segundo orden y M₄= ESEM. De acuerdo con estos datos, los modelos 2, 3 y 4 presentaron un buen ajuste, pero el modelo 2 parece mostrar un mejor ajuste que los demás modelos. Los modelos 2 y 4 tienen el mismo RMSEA, pero el intervalo de confianza de 90% está más acotado en el modelo 2 que en el modelo 4, además de tener un mejor CFI y TLI. El M1 tiene un RMSEA que indica una mala aproximación del modelo

Tabla 43. Índices de ajuste de los modelos evaluados con $n_2= 9067$

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
χ^2	10091.40	6664.95	7009.88	7303.94
<i>gl</i>	405	395	400	295
<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000
RMSEA	0,098	0,052	0,054	0,052
IC 90%	0,097 - 0,098	0,052 - 0,053	0,053 - 0,055	0,051 - 0,053
<i>p</i> -close	0,000	0,000	0,000	0,004
CFI	0,92	0,98	0,98	0,963
TLI	0,91	0,98	0,97	0,946
SRMR	0,080	0,047	0,051	0,024

Nota. Modelo 1= unifactorial; Modelo 2= cinco factores correlacionados; Modelo 3= cinco factores de primer orden y uno de segundo orden; Modelo 4= modelo exploratorio de ecuaciones estructurales (*exploratory structural equation modeling*, ESEM); Modelo 5= bifactorial; RMSEA (*root mean square error of approximation*)= error de aproximación de la raíz cuadrada media; IC 90%= intervalo de confianza de 90% para la RMSEA; *p*-close (*p-value for test of close fit*)= probabilidad de que la RMSA sea inferior a 0,05; CFI (*comparative fit index*)= índice de ajuste comparativo; TLI (*Tucker-Lewis index*)= índice de Tucker-Lewis; SRMR (*standardized root mean square residual*)= raíz cuadrada de la media de residuos al cuadrado.

21.3.4. Validez convergente

El otro método que aporta a la validez de constructo es la validez convergente. Las correlaciones encontradas entre la puntuación total del CASO-A30 y las subescalas y la puntuación total de la LSAS-SR fueron moderadas. Asimismo, las correlaciones entre los factores del CASO-A30 y la puntuación total de la LSAS-SR fueron moderadas (entre 0,44 y 0,56) (tabla 44).

Tabla 44. Correlaciones de Pearson entre la puntuación total y los factores del CASO-A30 y la puntuación total y las subescalas de la LSAS-SR (N= 18133)

CASO-A30	LSAS-SR		
	Ansiedad	Evitación	Total
F1. Interacción con desconocidos	0,56	0,49	0,56
F2. Hablar en público o con personas de autoridad	0,58	0,46	0,56
F3. Interacción con el sexo opuesto	0,52	0,41	0,50
F4. Quedar en evidencia o en ridículo	0,45	0,37	0,44
F5. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,46	0,38	0,45
Total CASO-A30	0,67	0,54	0,65

Notas. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; LSAS-SR= "Escala de ansiedad social, de Liebowitz - versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale-Self Report*); Ansiedad= subescala de Ansiedad de la LSAS-SR; Evitación= subescala de Evitación de la LSAS-SR. Todas las correlaciones fueron significativas ($p < 0,001$).

21.3.5. Consistencia interna y fiabilidad del CASO-A30 y la LSAS-SR

La tabla 45 muestra la consistencia interna (alfa de Cronbach) y la fiabilidad (dos mitades de Guttman) de la puntuación total y de los cinco factores del CASO-A30 (en ambas submuestras) así como en la LSAS-SR (muestra completa).

21.3.6. Diferencias y similitudes en ansiedad social según el sexo

Tomando como referencia nuestros estudios anteriores (véase estudio 8 y 9), con el CASO-A30, en los que las diferencias entre hombres y mujeres se han mantenido constantes, comprobamos si esas diferencias se mantenían tanto a nivel global como en las distintas dimensiones de la ansiedad social evaluadas por el cuestionario. La tabla 46 muestra las puntuaciones de hombres y mujeres en esos ámbitos. Se encontraron diferencias significativas en todas las dimensiones así como en la

puntuación global del cuestionario. La *d* de Cohen indicó que estas diferencias fueron pequeñas, resaltando la mayor ansiedad por parte de las mujeres en la dimensión de “Interacción con el sexo opuesto” (*d*= 0,45).

Tabla 45. Coeficientes de consistencia interna (α de Cronbach) y fiabilidad (dos mitades Guttman) para el CASO-A30 y la LSAS-SR

Medidas de autoinforme	Consistencia interna			Fiabilidad
	<i>n</i> ₁ = 9066	<i>n</i> ₂ = 9067	<i>N</i> = 18133	<i>N</i> = 18133
CASO-A30				
F1. Interacción con desconocidos	0,92	0,81	0,81	0,79
F2. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	0,80	0,85	0,85	0,80
F3. Interacción con el sexo opuesto	0,85	0,84	0,84	0,78
F4. Quedar en evidencia o en ridículo	0,84	0,76	0,76	0,78
F5. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,76	0,75	0,75	0,75
Total CASO-A30	0,92	0,92	0,92	0,89
LSAS-SR				
Ansiedad	--	--	0,90	0,86
Evitación	--	--	0,88	0,83
Total LSAS-SR	--	--	0,93	0,86

Notas. CASO-A30= “Cuestionario de ansiedad social para adultos”; LSAS-SR= “Escala de ansiedad social, de Liebowitz - versión de autoinforme” (*Liebowitz Social Anxiety Scale-Self Report*).

Tabla 46. Diferencias de sexo en las dimensiones de la ansiedad social, evaluadas por el CASO-A30, en una muestra no clínica (*N*= 18133)

Dimensiones o factores del CASO-A30	Hombres (<i>n</i> = 7793)		Mujeres (<i>n</i> = 10300)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
F1. Interacción con desconocidos	13,09	4,67	13,32	4,83	3,16	0,001	0,04
F2. Hablar en público o con personas de autoridad	14,66	5,03	16,54	5,54	23,37	0,000	0,35
F3. Interacción con el sexo opuesto	15,14	5,27	17,55	5,45	29,86	0,000	0,45
F4. Quedar en evidencia o en ridículo	17,21	4,81	18,53	4,82	18,21	0,000	0,27
F5. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	15,18	4,62	15,89	4,77	10,10	0,000	0,15
Total CASO-A30	75,24	18,95	81,83	19,66	22,46	0,000	0,34

Nota. CASO-A30= “Cuestionario de ansiedad social para adultos”.

22. UNDÉCIMO ESTUDIO. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL “CUESTIONARIO DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADULTOS” (CASO-A30) CON MUESTRA CLÍNICA IBEROAMERICANA

22.1. Objetivo

Este estudio tuvo por objetivos hallar las propiedades psicométricas (validez factorial, validez convergente, fiabilidad, consistencia interna) de la versión definitiva del cuestionario, el CASO-A30, con muestra clínica de 12 países Iberoamericanos, por una parte, y los puntos de corte para la identificación de sujetos con ansiedad social, por otra parte.

22.2. Método

22.2.1. *Participantes*

En este estudio participaron 342 pacientes con un diagnóstico primario de fobia social, según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) o la CIE-10 (OMS, 1992, 2000), con/sin algún otro trastorno comórbido con excepción de un trastorno psicótico (tabla 47). Cada centro clínico realizó el diagnóstico de los pacientes con base en cualquiera de estos sistemas de clasificación. Un criterio de inclusión en la muestra fue que los pacientes debían puntuar 60 o más en la LSAS-SR, lo que parece ser una puntuación adecuada para pacientes clínicos, teniendo en cuenta que con la muestra no clínica del estudio anterior, una puntuación de 60 o más clasificaría al 23% de la muestra con fobia social, mientras que si se considera una puntuación de 30 o más el 71% de la muestra no clínica se clasificaría como fobia social. De un total de 527 pacientes evaluados y diagnosticados con fobia social, 342 cumplieron este criterio.

La edad de los pacientes oscilaba entre 16 y 72 años ($M= 31,92$; $DT= 12,16$) y según el sexo 212 eran mujeres ($M= 32,83$ años; $DT= 12,14$) y 130 eran hombres ($M= 30,42$ años; $DT= 12,08$). Participaron 12 países y la distribución de los sujetos fue: 30,70% México, 28,65% España, 11,99% Argentina, 11,40% Brasil, 8,47%, Colombia, 3,81% Chile, 2,63% Perú, 0,58% Bolivia, 0,29% Panamá, 0,29% Puerto Rico, 0,29% Uruguay y 0,29% Venezuela. La distribución según la ocupación fue: 21,64% trabajador sin título universitario, 20,17% trabajador con título universitario, 14,33% estudiante de carrera universitaria (excepto de Psicología), 11,11% estudiante de bachillerato, 1,17%

era psicólogo, 0,06% estudiante de Psicología y 30,12% ama de casa, jubilado o desempleado. El 0,88% no proporcionó esta información.

Tabla 47. Distribución de los pacientes ($N= 342$) según el diagnóstico psiquiátrico

Trastorno psiquiátrico	Mujeres	Hombres	Total
Fobia social	68	60	128
Fobia social + trastorno del estado de ánimo	69	28	97
Fobia social + otro trastorno de ansiedad	25	22	47
Fobia social + trastorno de la conducta alimentaria	13	0	13
Fobia social + trastorno de la personalidad	9	4	13
Fobia social + otro trastorno de ansiedad + trastorno del estado de ánimo	5	3	8
Fobia social + trastorno de la personalidad por evitación	2	4	6
Fobia social + otro trastorno de ansiedad + trastorno de la personalidad	4	1	5
Fobia social + trastorno por consumo de sustancias	0	1	1
Fobia social + trastorno de conducta alimentaria + trastorno de la personalidad	4	0	4
Fobia social + trastorno del estado de ánimo + trastorno por consumo de sustancias	2	0	2
Fobia social + un trastorno no psicótico	7	6	13
Fobia social + dos trastornos no psicóticos	2	1	3
Fobia social + tres trastornos no psicóticos	2	0	2
Total	212	130	342

En este estudio también se utilizó la segunda submuestra del estudio anterior ($n_2= 9067$), que no fue incluida en aquellos análisis. Las características de la muestra aparecen descritas en el apartado correspondiente.

22.2.2. Instrumentos

En este trabajo se utilizaron los siguientes instrumentos de autoinforme:

- a) “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30). Este cuestionario consta de 30 ítems que se puntúan en una escala Likert de 5 puntos (de 1= “Nada o muy poco” a 5= “Mucho o muchísimo”) para indicar el grado de malestar, tensión o nerviosismo. El CASO-A30 evalúa cinco dimensiones de la ansiedad social: 1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, 2) Interacción con el sexo opuesto, 3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, 4)

Quedar en evidencia o en ridículo y 5) Interacción con desconocidos. Cada dimensión consta de seis ítems distribuidos al azar a lo largo del cuestionario. Según los informes de los estudios 8, 9 y 10, los niveles de consistencia interna de la puntuación global del CASO-A30 han sido muy altos ($\alpha \geq 0,91$) y los de fiabilidad altos ($\geq 0,89$), mientras que los índices de consistencia interna y de fiabilidad de los factores han sido altos (entre 0,80 y 0,86) con excepción del factor “Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado” que ha en dos estudios ha sido moderado ($\geq 0,75$). El CASO-A30 ha mostrado también su validez convergente con la LSAS-SR, tanto a nivel global (de 0,59 a 0,66) como de las dimensiones del CASO-A30 con las subescalas de la LSAS-SR (de 0,26 a 0,58), sobre todo con la de Ansiedad.

- b) “Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme” (*Liebowitz Social Anxiety Scale, Self-Report*, LSAS-SR; Liebowitz, 1987). Esta escala consta de 24 ítems que evalúan la Ansiedad y la Evitación (por separado) de situaciones sociales específicas. A los sujetos se les pide que puntúen su temor o ansiedad en una escala tipo Likert que va de 0 (nada) a 3 (mucho) y el grado de evitación utilizando también una escala Likert que va de 0 (nunca) a 3 (habitualmente). La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de la subescala de Ansiedad y la de Evitación. Menin *et al.* (2002) informan de un punto de corte de 30 para la fobia social no generalizada y de 60 para la fobia social generalizada, mientras que Kummer *et al.* (2008) informan de puntos de corte de 41/42 como el mejor balance entre la sensibilidad y especificidad en una muestra de pacientes con la enfermedad de Parkinson. Con respecto a ciertas características psicométricas de la versión española, González *et al.* (1998) encontraron una estructura de cuatro factores, que explica el 48,9% de la varianza; el alfa de Cronbach para la subescala de Ansiedad fue de 0,87 y para la subescala de Evitación fue de 0,88. Estos autores y Bobes *et al.* (1999) concluyeron que el uso de la LSAS es válido para la investigación clínica y la evaluación de pacientes con fobia social en España. Con respecto a la versión en Portugués de la LSAS-SR, Terra *et al.* (2006) encontraron una estructura de cinco factores que explica el 52,9% de la varianza y el alfa de Cronbach para la escala total fue de 0,95.

22.2.3. Procedimiento

Se contactó con psicólogos de distintos países iberoamericanos que atendían pacientes en un centro clínico (público o privado). Se les pidió incluir el CASO-A30 en el proceso de evaluación de sus pacientes y el tiempo de aplicación fue entre 10 y 15 minutos. Posteriormente, ingresaron los datos en una base de datos previamente validada para disminuir los posibles errores en su introducción.

Este proceso de reunión de datos duró aproximadamente siete meses. La distribución de los colaboradores (grupos de investigación) por países fue la siguiente: Argentina= 4 (4), Bolivia= 1 (1), Brasil= 4 (3), Chile= 4 (3), Colombia= 5 (5), España= 11 (11), México= 4 (4), Panamá= 1 (1), Perú= 2 (2), Puerto Rico= 1 (1), Uruguay 1 (1) y Venezuela= 1 (1).

22.2.4. *Análisis de datos*

Inicialmente, se realizó un AFE por componentes principales, con rotación promax. A continuación se realizó el análisis de invarianza del modelo de cinco factores correlacionados, utilizando, además de la muestra clínica, la segunda submuestra ($n_2= 9067$) del estudio 10. A continuación se halló la validez convergente del CASO-A30 con la LSAS-SR, así como la fiabilidad y la consistencia interna de ambas medidas de autoinforme.

Luego se analizó si existían o no diferencias de sexo para la ansiedad social, según el CASO-A30, utilizando la *t* de Student y con el fin de conocer la magnitud de esas diferencias calculamos la *d* de Cohen para cada una de las dimensiones y para la puntuación global del CASO-A30.

Por último, se determinaron los puntos de corte para el diagnóstico de la fobia social con el CASO-A30, según el sexo (teniendo en cuenta las diferencias informadas sobre todo entre la población general), mediante el análisis de las características operativas del receptor (*receiver operating characteristics*, ROC).

22.3. Resultados

22.3.1. *Análisis factorial exploratorio*

El AFE mostró una solución de cinco factores correlacionados con base en los valores propios observados en el gráfico de sedimentación (*scree-test*). Estos valores fueron superiores a 1,00 y explicaron el 47,82% de la varianza acumulada. El primer factor, Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, con un valor propio de 6,80, explicó el 22,66% de la varianza total. El segundo factor, Quedar en evidencia o en ridículo, con un valor propio de 2,68, explicó el 7,93% de la varianza. El tercer factor, Interacción con el sexo opuesto, con un valor propio de 1,97, explicó el 6,57% de la varianza. El cuarto factor, Interacción con desconocidos, con un valor propio de 1,65,

explicó el 5,50% de la varianza y, finalmente, el quinto factor, Expresión asertiva de molestia, desagrado o desagrado, con un valor propio de 1,55, explicó el 5,17% de la varianza.

22.3.2. *Análisis de invarianza*

Con base en el modelo de cinco factores correlacionados (modelo 2), se calculó la invarianza por sexo en la segunda submuestra ($n_2= 9067$) del estudio anterior (véase “Extracción de las submuestras” en Resultados, p. 180) y la muestra clínica ($n= 342$) del presente estudio. En la muestra no clínica, los valores RMSEA estaban entre 0,052 y 0,057, mientras que en la muestra clínica estos valores estaban entre 0,053 y 1,117. Utilizando un $\Delta CFI > 0,01$ como criterio (Wu, Li y Zumbo, 2007), las invarianzas configural, débil, fuerte y estricta tuvieron apoyo en la n_2 , pero sólo la invarianza configural tuvo apoyo en la muestra clínica (tabla 48).

22.3.3. *Validez convergente*

El otro método que aporta a la validez de constructo es la validez convergente. Las correlaciones encontradas entre la puntuación total del CASO-A30 y la subescala de Ansiedad así como con la puntuación total de la LSAS-SR fueron moderadas (0,56 y 0,55, respectivamente). Las correlaciones entre los factores del CASO-A30 y la puntuación de la LSAS-SR fueron bajas (0,34 a 0,48) (tabla 49).

22.3.4. *Consistencia interna y fiabilidad del CASO-A30 y la LSAS-SR*

La tabla 50 muestra la consistencia interna (alfa de Cronbach) y la fiabilidad (dos mitades de Guttman) de la puntuación total y de los cinco factores del CASO-A30 así como en la LSAS-SR y sus subescalas de Ansiedad y Evitación. A nivel global, el CASO-A30 mostró una consistencia interna y una fiabilidad alta. Los factores mostraron índices de consistencia interna entre 0,66 y 0,80 y de fiabilidad entre 0,67 y 0,78. La LSAS-SR tuvo una consistencia interna alta y una fiabilidad moderada, de forma global y en sus subescalas.

Tabla 48. Índices de ajuste para la invarianza del modelo de cinco factores correlacionados

Muestras y tipos de invarianza	g/	N(M)	N(F)	χ^2 (p)	$\Delta\chi^2$ (p)	RMSEA	TLI	CFI	Δ CFI	SRMR
No clínica										
Configural	800	3928	5119	10945,46 (0,000)	--	0,053 (0,052; 0,054)	0,974	0,976	--	0,061
Débil	830	3928	5119	11391,67 (0,000)	446,21 (0,000)	0,053 (0,052; 0,054)	0,974	0,975	-0,001	0,065
Fuerte	860	3928	5119	12686,24 (0,000)	1294,57 (0,000)	0,055 (0,054; 0,056)	0,972	0,972	-0,003	0,064
Estricta	890	3928	5119	13375,30 (0,000)	689,06 (0,000)	0,056 (0,055; 0,057)	0,971	0,971	-0,001	0,067
Clínica										
Configural	800	130	212	1278,40 (0,000)	--	0,059 (0,053; 0,065)	0,944	0,948	--	0,089
Débil	830	130	212	1877,83 (0,000)	599,43 (0,000)	0,077 (0,073; 0,082)	0,917	0,919	-0,029	0,120
Fuerte	860	130	212	1905,88 (0,000)	28,05 (0,568)	0,076 (0,071; 0,080)	0,908	0,908	-0,011	0,120
Estricta	890	130	212	2813,34 (0,000)	907,46 (0,000)	0,113 (0,108; 0,117)	0,797	0,792	-0,116	0,114

Nota. RMSEA (root mean square error of approximation, error de aproximación de la raíz cuadrada media)= valores menores o iguales a 0,05 indican un buen ajuste, valores entre 0,05 y 0,08 sugieren error razonable de aproximación y valores superiores o iguales a 0,10 sugieren mal ajuste; TLI (Tucker-Lewis index)= índice de Tucker-Lewis; CFI (comparative fit index)= índice de ajuste comparativo; CFI y TLI= valores > a 0,90 indican un buen ajuste; SRMR (standardized root mean square residual, raíz cuadrada de la media de residuos al cuadrado)= valores inferiores a 0,10 se consideraran favorables, cuanto menor sea el SRMR mejor es el ajuste del modelo (véase Kline, 2005 para una revisión de todos estos índices).

Tabla 49. Correlaciones de Pearson entre la puntuación total y los factores del CASO-A30 y la puntuación total y las subescalas de la LSAS-SR (N= 342)

CASO-A30	LSAS-SR		
	Ansiedad	Evitación	Total
F1. Interacción con desconocidos	0,47	0,40	0,48
F2. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	0,42	0,27	0,37
F3. Interacción con el sexo opuesto	0,33	0,29	0,34
F4. Quedar en evidencia o en ridículo	0,39	0,33	0,40
F5. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,38	0,31	0,38
Total CASO-A30	0,56	0,45	0,55

Notas. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; LSAS-SR= "Escala de ansiedad social, de Liebowitz - versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale-Self Report*); Ansiedad= subescala de Ansiedad de la LSAS-SR; Evitación= subescala de Evitación de la LSAS-SR. Todas las correlaciones fueron significativas ($p < 0,0001$).

Tabla 50. Coeficientes de consistencia interna (α de Cronbach) y fiabilidad (dos mitades de Guttman) para el CASO-A30 y la LSAS-SR en la muestra clínica (N= 342)

Medidas de autoinforme	Consistencia interna	Fiabilidad
CASO-A30		
F1. Interacción con desconocidos	0,80	0,80
F2. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	0,79	0,78
F3. Interacción con el sexo opuesto	0,75	0,69
F4. Quedar en evidencia o en ridículo	0,67	0,57
F5. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,66	0,61
Total CASO-A30	0,88	0,84
LSAS-SR		
Ansiedad	0,83	0,69
Evitación	0,84	0,75
Total LSAS-SR	0,90	0,79

Notas. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; LSAS-SR= "Escala de ansiedad social, de Liebowitz - versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale-Self Report*).

22.3.5. Diferencias y similitudes en ansiedad social según el sexo

Tomando como referencia nuestros estudios anteriores (véase estudios 8, 9 y 10), con el CASO-A30, en los que las diferencias entre hombres y mujeres se han mantenido constantes, comprobamos si esas diferencias se mantenían tanto a nivel global como en las distintas dimensiones de la ansiedad social. La tabla 51 muestra las puntuaciones de hombres y mujeres en

esos ámbitos. Se encontraron diferencias significativas únicamente en dos dimensiones: “Quedar en evidencia o en ridículo” e “Interacción con el sexo opuesto” y en la puntuación global. La *d* de Cohen indicó que estas diferencias fueron pequeñas.

Tabla 51. Diferencias de sexo en las dimensiones de la ansiedad social evaluadas por el CASO-A30 en la muestra clínica (N= 342)

Dimensiones o factores del CASO-A30	Hombres (n= 130)		Mujeres (n= 212)		t	p	d
	M	DT	M	DT			
F1. Interacción con desconocidos	21,47	4,42	20,74	5,32	1,32	0,188	--
F2. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	22,45	4,70	23,45	4,65	1,93	0,055	--
F3. Interacción con el sexo opuesto	22,95	4,24	23,93	4,23	2,06	0,040	0,23
F4. Quedar en evidencia o en ridículo	22,39	4,00	23,97	3,80	3,64	0,000	0,40
F5. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	21,46	3,91	22,29	4,14	1,84	0,066	--
Total CASO-A30	110,72	14,89	114,37	15,96	2,10	0,036	0,24

Nota. CASO-A30= “Cuestionario de ansiedad social para adultos”.

22.3.6. Puntos de corte para el CASO-A30 y sus dimensiones

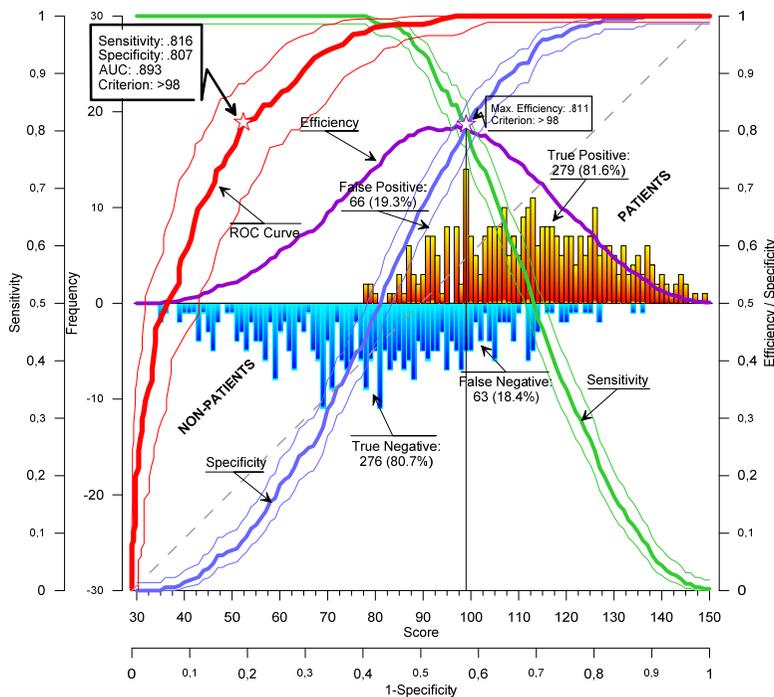
El análisis ROC se utilizó para determinar los puntos de corte para el diagnóstico de la fobia social con el CASO-A30, según el sexo. Esta decisión se basa en que la media de las mujeres sigue siendo significativamente más alta que para los hombres ($p < 0,05$) en dos de los factores del CASO-A30, así como en la puntuación total, de la muestra clínica y en todos los factores y la puntuación global del CASO-A30 con la muestra no clínica.

En los varones, el análisis ROC produjo un área bajo la curva robusta (AUC= 0,928; ET= 0,007) con un intervalo de confianza de 95% entre 0,914 y 0,943 ($z = 57,630$; $p < 0,0001$) para la clasificación de los hombres en los grupos de fobia social o sin fobia social. La puntuación total de 90 en el CASO-A30 proporciona el mejor balance entre sensibilidad (0,938) y especificidad (0,777) y clasifica correctamente al 93,8% de los hombres diagnosticados con fobia social (122 de 130) y al 77,7% de los varones sin fobia social (5935 de 7643). La tabla 52 muestra los resultados del análisis ROC en varones utilizando los cinco factores (dimensiones) y la puntuación total del CASO-A30.

En cuanto a las mujeres, el análisis ROC produjo un área bajo la curva robusta (AUC= 0,898; ET= 0,008) con un intervalo de confianza de 95% entre 0,882 y 0,914 ($z = 50,097$; $p < 0,0001$) para la

clasificación de las mujeres en los grupos de fobia social o sin fobia social. La puntuación total de 99 en el CASO-A30 proporciona el mejor balance entre sensibilidad (0,844) y especificidad (0,799) y clasifica correctamente al 84,4% de las mujeres diagnosticadas con fobia social (179 de 212) y al 79,9% (8066 de 10099) sin fobia social (tabla 52). La figura 8 datos relativos a la eficiencia, la especificidad y la sensibilidad según la ROC, pero seleccionando 342 sujetos no clínicos al azar para compararlos con los 342 pacientes (algunos datos son ligeramente diferentes a causa de esta selección al azar).

Figura 8. Curvas ROC, de eficiencia, especificidad y sensibilidad con histograma de puntuaciones brutas



Nota: Sensitivity= sensibilidad; Specificity= especificidad; Efficiency= eficiencia; Max efficiency= máxima eficiencia; AUC (area under the curve)= área bajo la curva; ROC (receiver operating characteristics)= características operativas del receptor; True positive= verdadero positivo; True negative= verdadero negativo; False positive= falso positivo; False negative= falso negativo; Patients= pacientes; No patients= no pacientes.

Tabla 52. Resultados del análisis ROC para los cinco factores y la puntuación total del CASO-A30, según el sexo y para la muestra completa

Sexo	Sensibilidad	Especificidad	Punto de corte	Área bajo la curva	Error típico	IC 95%	z	p	Verdadero positivo		Verdadero negativo		Falso positivo		Falso negativo	
									n	%	n	%	n	%	n	%
Hombre																
F1	0,846	0,819	18	0,897	0,006	0,885 - 0,909	65,989	0,000	110	84,6	6260	81,9	1383	18,1	20	15,4
F2	0,808	0,776	19	0,864	0,007	0,850 - 0,878	51,066	0,000	105	80,8	5933	77,6	1710	22,4	25	19,2
F3	0,808	0,791	20	0,871	0,004	0,864 - 0,878	103,281	0,000	105	80,8	6047	79,1	1596	20,9	25	19,2
F4	0,792	0,672	20	0,795	0,011	0,774 - 0,816	27,477	0,000	103	79,2	5134	67,2	2509	32,8	27	20,8
F5	0,731	0,822	20	0,846	0,010	0,828 - 0,865	36,293	0,000	95	73,1	6281	82,2	1362	17,8	35	26,9
Total	0,938	0,777	90	0,928	0,007	0,914 - 0,943	57,630	0,000	122	93,8	5935	77,7	1708	22,3	8	6,2
Mujer																
F1	0,670	0,845	19	0,840	0,007	0,827 - 0,854	49,524	0,000	142	67,0	8531	84,5	1568	15,5	70	33,0
F2	0,750	0,749	21	0,824	0,010	0,804 - 0,845	31,395	0,000	159	75,0	7561	74,9	2538	25,1	53	25,0
F3	0,755	0,750	22	0,820	0,013	0,795 - 0,845	25,290	0,000	160	75,5	7574	75,0	2525	25,0	52	24,5
F4	0,774	0,716	22	0,810	0,017	0,776 - 0,843	18,049	0,000	164	77,4	7230	71,6	2869	28,4	48	22,6
F5	0,745	0,767	20	0,839	0,013	0,813 - 0,865	25,478	0,000	158	74,5	7743	76,7	2356	23,3	54	25,5
Total	0,844	0,799	99	0,898	0,008	0,882 - 0,914	50,097	0,000	179	84,4	8066	79,9	2033	20,1	33	15,6
Total																
F1	0,716	0,852	19	0,863	0,010	0,843 - 0,882	35,703	0,000	245	71,6	15152	85,2	2626	14,8	97	28,4
F2	0,731	0,800	21	0,841	0,012	0,818 - 0,864	28,620	0,000	250	73,1	14226	80,0	3552	20,0	92	26,9
F3	0,784	0,756	21	0,841	0,013	0,815 - 0,867	25,881	0,000	268	78,4	13439	75,6	4339	24,4	74	21,6
F4	0,719	0,755	22	0,804	0,018	0,768 - 0,840	16,512	0,000	246	71,9	13420	75,5	4358	24,5	96	28,1
F5	0,740	0,790	20	0,842	0,015	0,812 - 0,873	22,106	0,000	253	74,0	14052	79,0	3726	21,0	89	26,0
Total	0,816	0,840	99	0,910	0,005	0,900 - 0,920	81,046	0,000	279	81,6	14926	84,0	2852	16,0	63	18,4

Nota. IC= intervalo de confianza; F1. Interacción con desconocidos; F2. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad; F3. Interacción con el sexo opuesto; F4. Quedar en evidencia o ridículo; F5. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado.

23. DUODÉCIMO ESTUDIO. VALIDEZ CONCURRENTES Y DE CONSTRUCTO DEL CASO-A30 CON MUESTRA UNIVERSITARIA

23.1. Objetivo

El objetivo de este estudio fue hallar la validez concurrente y de constructo (convergente y divergente) del CASO-A30, utilizando una muestra universitaria.

23.2. Método

23.2.1. Participantes

Inicialmente fueron evaluados 368 estudiantes de Psicología de la Universidad de Granada (España) utilizando las medidas de autoinforme. Los estudiantes cursaban 1º, 3º y 4º de Psicología, el 73,4% era mujer, la edad media era de 21,36 años ($DT= 5,31$; rango: 17-50 años). En cuanto al estado civil, el 89,7% estaba soltero, el 8,0% casado/vivía en pareja y el 1,1% estaba separado/viudo.

Posteriormente, se realizaron las entrevistas diagnósticas con 155 de los 368 estudiantes, de los cuales el 78,1% era mujer, la edad media era de 21,37 años ($DT= 5,82$; rango: 18-50 años), la mayoría estaba soltero (90,9%) y el 50,3% tenía pareja en el momento de la evaluación.

23.2.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en este trabajo fueron:

- a) El "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO-A30, Caballo, Salazar, Arias *et al.*, 2010). Este cuestionario evalúa el nivel de malestar, tensión o nerviosismo en situaciones sociales. El CASO-A30 consta de 30 ítems (+ 2 de control) distribuidos en cinco dimensiones de la ansiedad social: 1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, 2) Interacción con desconocidos, 3) Interacción con el sexo opuesto, 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado y 5) Quedar en evidencia o en ridículo. La respuesta a cada situación se puntúa en una escala Likert de 5 puntos (de 1= "Nada o muy poco" a 5= "Mucho o muchísimo"). Los puntos de corte utilizados para realizar el cribado de hombres y mujeres, en cada una de las dimensiones de la ansiedad social y de manera global, aparecen en la tabla 29. Para la asignación del subtipo

generalizado se consideró un alto nivel de temor en al menos tres (de las cinco) dimensiones del CASO-A30.

- b) La “Escala de ansiedad social, de Liebowitz - versión de autoinforme” (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*, LSAS-SR; Liebowitz, 1987). Esta escala de 24 ítems evalúa, por separado, la Ansiedad y la Evitación de situaciones sociales específicas. Los sujetos puntúan en una escala Likert de 4 puntos (de 0= “ninguno/nunca” a 3= “grave/habitualmente”) el grado de ansiedad y la frecuencia de evitación, respectivamente. La puntuación total de la escala, así como de ambas subescalas, se obtiene sumando las puntuaciones directas informadas por el individuo y está en un rango entre 0 y 144. Los puntos de corte utilizados para establecer si tiene un trastorno de ansiedad social y la especificación del subtipo “generalizado” fueron 30 y 60, respectivamente (Mennin *et al.*, 2002; Rytwinski *et al.*, 2009).
- c) El “Inventario de depresión-II, de Beck” (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Este inventario evalúa la presencia de síntomas depresivos durante las últimas dos semanas mediante 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta que van ordenadas según la gravedad, de 0 a 3 puntos. La puntuación total del BDI-II se obtiene sumando las respuestas señaladas por el sujeto y está entre 0 y 63. A mayor puntuación mayor nivel de depresión. En España, los niveles de consistencia interna informados son altos (entre 0,87 y 0,90), tanto en muestras comunitarias (Ibáñez, del Pino, Olmedo y Gaos, 2010; Sanz, Perdígón y Vázquez, 2003) como clínicas (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005). Con estudiantes universitarios, el alfa de Cronbach fue de 0,89 (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).
- d) El “Cuestionario CAGE” (Ewing y Rouse, 1970). El nombre de este instrumento corresponde a un acrónimo en inglés de cuatro preguntas utilizadas para el cribado de problemas de alcoholismo: *Cut down* (reducir), *Annoyed* (molestado/irritado), *Guilty* (culpable) y *Eye-opener* (al despertar). El formato de respuesta de las preguntas es dicotómico (“si/no”) y cada respuesta positiva tiene el valor de uno. Diversos estudios informan que una puntuación ≥ 2 en el Cuestionario CAGE tendría altos niveles de sensibilidad (entre 84% y 93%) y especificidad (entre 76% y 95%) para la identificación de problemas con el alcohol (Bernadt, Mumford, Taylor, Smith y Murray, 1982; Ewing, 1984; King, 1986). En España, para este mismo punto de corte se ha informado de una sensibilidad entre 75% y 92% y una especificidad del 96% (Díez Martínez *et al.*, 1991; Martínez, 1999). El nivel de consistencia interna hallado por Martínez (1999) fue de 0,73 y la fiabilidad test-retest de sus ítems estuvo entre 0,70 y 1,00.
- e) La “Entrevista para los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida, según el DSM-IV” (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version*, ADIS-IV-L; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994). Esta entrevista semiestructurada permite la evaluación y diagnóstico (según los criterios

del DSM-IV), en el presente y a lo largo de la vida, de los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos psicóticos, por consumo de sustancias y los trastornos somatoformes. Para este estudio se seleccionaron 7 apartados de trastornos de ansiedad, 2 de estado ánimo, el trastorno mixto de ansiedad-depresión y dos de abuso y dependencia del alcohol y de sustancias. La sección correspondiente a la fobia social está formada por cuatro apartados: 1) “Preguntas iniciales”, para hacer una criba y determinar si la persona cumple con los temores centrales del trastorno y en ella se evalúan el nivel de miedo (o ansiedad) y de evitación en 12 situaciones sociales concretas utilizando una escala Likert de 0 (ninguno) a 8 (muy grave), 2) “Episodio actual”, que permite conocer las características actuales del problema, el nivel de interferencia malestar ocasionado por los temores sociales, 3) “Episodios pasados”, que se centra en indagar los periodos pasados de ansiedad social y 4) “Investigación”, un apartado para evaluar los síntomas físicos de la ansiedad utilizando una escala Likert de 0 (ninguno) a 8 (muy grave). Para la asignación de un diagnóstico, el entrevistador debe asignar una puntuación de gravedad (de 0 a 8) con base en su criterio clínico. Puntuaciones de 4 o más indicarían la presencia de la fobia social, teniendo en cuenta: 1) que respondía “sí” a las preguntas iniciales (1a, 1b o 1c), 2) el nivel de temor y evitación en alguna situación social era de 4 o más y 3) el nivel de “interferencia” y “malestar” era de 4 o más. El subtipo generalizado se especificó cuando el entrevistado informó de un temor clínicamente importante (puntuaba 4 o más en interferencia y malestar) en más de ocho situaciones sociales que no fueran todas de actuación (p. ej., hablar o comer en público). Se asignó un diagnóstico subclínico de fobia social para los casos en que la gravedad de los temores y la evitación fue puntuada con 4 o más, pero no cumplía con el criterio de “interferencia” y “malestar”. Estos criterios se basan en lo propuesto por los autores de la entrevista, la discusión entre nuestro equipo de investigación y S. G. Hofmann (comunicación personal, 19 de febrero de 2013). Brown *et al.* (2001) encontraron que la fiabilidad de la ADIS-VI-L para todas las categorías estaba entre aceptable y alta ($0,67 \leq \kappa \leq 0,86$) y, en particular, para la fobia social era aceptable ($\kappa = 0,77$).

23.2.3. *Procedimiento*

En primer lugar, se pasaron de forma grupal los cuestionarios y, posteriormente, los datos fueron ingresados en la base de datos de Excel, previamente validada y configurada para minimizar los errores en la digitación. Una vez revisada la BD, se obtuvieron las puntuaciones totales y por dimensiones/subescalas del CASO-A30. De este modo se obtuvo una lista (con los códigos utilizados por los estudiantes para garantizar el anonimato y la confidencialidad de los datos) que incluía a

todos aquellos que tenían al menos a una de las dimensiones del CASO-A30 y el mismo número de sujetos sin temores sociales, y se les dijo que habían sido seleccionados para continuar participando en la investigación. No obstante, para dar las mismas oportunidades a todos los estudiantes se les dijo que si había alguna otra persona interesada en realizar la entrevista, entonces podría hacerlo. Así, el siguiente paso fue la realización de las entrevistas diagnósticas con quienes continuaron participando voluntariamente en la investigación. La entrevista tuvo una duración media de 60 minutos con cada estudiante. Una vez finalizadas todas las entrevistas se revisaron los diagnósticos clínicos y, en lo que respecta a la fobia social, se realizó también la especificación del subtipo generalizado. Se introdujeron los datos en la misma BD utilizada con los cuestionarios y se realizaron los análisis estadísticos.

23.2.4. *Análisis de datos*

Para el análisis de los datos se utilizó el PASW Statistics, versión 18.0. Cabe señalar que para este estudio se consideraron los datos obtenidos por los 155 estudiantes que llevaron a cabo todo el proceso de evaluación (autoinformes y entrevista).

Inicialmente se halló el nivel de consistencia interna (alfa de Cronbach) y de fiabilidad (dos mitades de Guttman) de las medidas de autoinforme. Luego, para hallar la validez concurrente del CASO-A30 con la ADIS-VI-L, se dicotomizaron las variables (sí/no), agrupando a los individuos según si tenían (o no) fobia social en cada uno de los instrumentos. Para hallar la correlación se utilizó el chi-cuadrado de Pearson y se calculó la magnitud de la asociación con la V de Cramer.

A continuación se analizó la validez convergente del CASO-A30 con la LSAS-SR. En este punto fueron empleados dos métodos, las correlaciones de Pearson a partir de las puntuaciones directas de ambos cuestionarios, el cual permite ver la asociación no sólo de la puntuación global de las escalas sino de las dimensiones del CASO-A30 con las subescalas de la LSAS-SR. El otro estadístico empleado para ver el grado de asociación entre ambas medidas de autoinforme fue el chi-cuadrado de Pearson junto con la magnitud de tal asociación calculada con la V de Cramer. Este método permite ver el grado de coincidencia para clasificar a los estudiantes según si tienen (o no) ansiedad social y para esto fue necesario dicotomizar tal variable.

Para hallar la validez divergente del CASO-A30 con el BDI-II y el Cuestionario CAGE se utilizaron las correlaciones de Pearson y se observó el grado de asociación de las dimensiones y la puntuación global del CASO-A30 con las puntuaciones globales del BDI-II y el Cuestionario CAGE.

Finalmente, se analizó si existían o no diferencias de sexo según el CASO-A30, mediante la *t* de Student y, con el fin de conocer la magnitud de esas diferencias, hallamos la *d* de Cohen para cada una de las dimensiones y para la puntuación global del CASO-A30.

23.3. Resultados

23.3.1. Consistencia interna y fiabilidad del CASO-A30, la LSAS-SR, el BDI-II y el Cuestionario CAGE

La tabla 53 presenta los niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach) y de fiabilidad (dos mitades de Guttman) de las cuatro medidas de autoinforme. Como puede observarse, el CASO-A30 tuvo una alta consistencia interna y fiabilidad, al igual que tres de sus dimensiones (F1. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, F2. Interacción con desconocidos y F3. Interacción con el sexo opuesto). Las otras dos dimensiones (F4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado y F5. Quedar en evidencia o en ridículo) mostraron un nivel moderado de consistencia interna y de fiabilidad.

Tabla 53. Coeficientes de consistencia interna (α de Cronbach) y de fiabilidad (dos mitades de Guttman) para las medidas de autoinforme

Medidas de autoinforme	Consistencia interna	Fiabilidad
CASO-A30		
F1. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	0,86	0,84
F2. Interacción con desconocidos	0,82	0,84
F3. Interacción con el sexo opuesto	0,84	0,83
F4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,78	0,78
F5. Quedar en evidencia o en ridículo	0,69	0,61
Puntuación total	0,92	0,90
LSAS-SR		
Ansiedad	0,88	0,85
Evitación	0,85	0,81
Puntuación total	0,92	0,86
BDI-II	0,85	0,82
Cuestionario CAGE	0,50	--

Nota. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; LSAS-SR= "Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*); BDI-II= Inventario de depresión-II, de Beck (*Beck Depression Inventory-II*); CAGE= acrónimo de *Cut down* (reducir), *Annoyed* (molestado/irritado), *Guilty* (culpable) y *Eye-opener* (al despertar).

Por su parte, la LSAS-SR y el BDI-II tienen altos niveles de consistencia interna y de fiabilidad, mientras que el Cuestionario CAGE tiene una consistencia interna moderada (algo esperable dado el poco número de ítems que lo forman).

23.3.2. Identificación de sujetos con fobia social con el CASO-A30, la LSAS-SR y la ADIS-IV

La identificación de los sujetos con fobia social se realizó con base en los criterios definidos en el apartado de Instrumentos. La tabla 54 muestra dicha clasificación. Se observa, por una parte, una mayor similitud en esta clasificación por parte de la ADIS-IV-L y el CASO-A30 que entre la ADIS-IV-L y la LSAS-SR. La ADIS-IV-L y el CASO-A30 identifican una mayor cantidad de estudiantes sin fobia social mientras que la LSAS-SR identifica más sujetos con fobia social específica.

Tabla 54. Agrupación de los participantes (N= 155) según los criterios para la fobia social y los subtipos definidos en el CASO-A30, la LSAS-SR y la ADIS-IV-L

Tipo y subtipo de fobia social	CASO-A30		LSAS-SR		ADIS-IV-L	
	n	%	n	%	n	%
Fobia social generalizada	8	5,2	35	22,6	4	2,6
Fobia social no generalizada	50	32,3	66	42,6	47	30,3
Sin fobia social	97	62,6	54	34,8	104	67,1
Total	155	100,0	155	100,0	155	100,0

Nota. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; LSAS-SR= "Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*); ADIS-IV-L= "Entrevista para los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida, según el DSM-IV" (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version*).

23.3.3. Coincidencias y discrepancias en la identificación de la fobia social entre el CASO-A30 y la ADIS-IV-L

Tomando como referencia la cantidad de sujetos que identificó la ADIS-IV-L como sujetos con fobia social generalizada (tabla 55), se observa que hubo coincidencia con el CASO-A30 en la mitad de ellos. Las coincidencias fueron mayores con aquellos que tenían fobia social no generalizada (57,4%) y aún más con los sujetos sin fobia social (78,8%). No obstante, hay un 20,2% que la ADIS-IV-

L considera que no tiene fobia social y, sin embargo, el CASO-A30 indica que podrían tener una fobia social no generalizada y un 1,0% que podría tener fobia social generalizada.

Tabla 55. Número de casos de fobia social y subtipos identificados, en conjunto, por el CASO-A30 y la ADIS-IV-L

Fobia social y subtipos con el CASO-A30	Fobia social y subtipos con la ADIS-IV-L					
	FSG		FSNG		Sin FS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Fobia social generalizada	2	50,0	5	10,6	1	1,0
Fobia social no generalizada	2	50,0	27	57,4	21	20,2
Sin fobia social	0	0,0	15	31,9	82	78,8
Total ADIS-IV-L	4	100,0	47	100,0	104	100,0

Nota. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; ADIS-IV-L= "Entrevista para los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida, según el DSM-IV" (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version*).

23.3.4. Validez concurrente del CASO-A30

Para hallar la validez concurrente del CASO-A30 se utilizó como patrón tipo (*gold standard*) la ADIS-IV-L y se utilizaron análisis correlacionales. La variable de diagnóstico de fobia social fue dicotomizada (si/no). En la ADIS-IV-L se asignó un valor de uno a quienes tenían un diagnóstico de fobia social (que correspondería al subtipo no generalizado) y fobia social subtipo generalizado y se asignó un valor de cero a quienes no tenían fobia social o fobia social subclínica. En el CASO-A30, se asignó un valor de uno (fobia social) a quienes tenían temor en al menos una dimensión del cuestionario y se asignó un valor de cero a quienes no superaban el punto de corte en ninguna dimensión (no tenían fobia social). La tabla 56 muestra la distribución de los participantes.

Tabla 56. Clasificación de los estudiantes con o sin fobia social según el CASO-A30 y la ADIS-IV-L

Diagnóstico según el CASO-A30	Diagnóstico según la ADIS-IV-L					
	No		Si		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
No	82	78,8	15	29,4	97	62,6
Si	22	21,2	36	70,6	58	37,4
Total	104	100,0	51	100,0	155	100,0

Nota. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; ADIS-IV-L= "Entrevista para los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida, según el DSM-IV" (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version*).

Se encontró que hay una asociación entre ser diagnosticado con fobia social por la ADIS-IV-L y por el CASO-A30, $\chi^2=35,84(1)$; $p= 0,000$ y la magnitud de la relación (V de Cramer) fue de 0,48.

Con el fin de comparar cuál de los dos autoinformes utilizados, la LSAS-SR o el CASO-A30, tenía una mayor asociación con la entrevista diagnóstica, se halló también la relación de la LSAS-SR y la ADIS-IV-L, mediante la chi cuadrado de Pearson. A este respecto, se encontró que existía una asociación entre ser diagnosticado con fobia social por la ADIS-IV-L y por la LSAS-SR, $\chi^2=5,90(1)$; $p= 0,015$ y la magnitud de la relación (V de Cramer) fue de 0,20.

23.3.5. Coincidencias y discrepancias en la identificación de la fobia social entre el CASO-A30 y la LSAS-SR

Tomando como referencia la cantidad de sujetos que identificó la LSAS-SR como sujetos con fobia social generalizada (tabla 57), se observa que el CASO-A30 clasificó a la mayoría de ellos como individuos con fobia social no generalizada. Sólo hubo coincidencia en el 17,1% de los casos con fobia social generalizada. Algo similar ocurrió con aquellos que según la LSAS-SR son sujetos con fobia social no generalizada, pues el CASO-A30 los clasificó en su mayoría como sujetos sin fobia social y coincidió en un 27,3% que tenía fobia social no generalizada. Hubo una mayor coincidencia entre el CASO-A30 y la LSAS-SR en la identificación de sujetos sin fobia social (77,8%). No obstante, hay un 22,2% que la LSAS-SR considera que no tiene fobia social y el CASO-A30 indica que podrían tener una FSNG.

Tabla 57. Número de casos de fobia social y subtipos identificados, en conjunto, por el CASO-A30 y la LSAS-SR

Fobia social y subtipos con el CASO-A30	Fobia social y subtipos con la LSAS-SR					
	FSG		FSNG		Sin FS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Fobia social generalizada	6	17,1	2	3,0	0	0,0
Fobia social no generalizada	20	57,1	18	27,3	12	22,2
Sin fobia social	9	25,7	46	69,7	42	77,8
Total	35	100,0	66	100,0	54	100,0

Nota. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; LSAS-SR= "Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*).

23.3.6. Validez convergente del CASO-A30 con la LSAS-SR

Para hallar la validez convergente del CASO-A30 con la LSAS-SR se utilizaron dos métodos de análisis estadísticos. Uno de los métodos consistió en calcular las correlaciones (de Pearson) entre la puntuación total y de las dimensiones del CASO-A30 con la puntuación total de la LSAS-SR y las dos subescalas que la componen. Para esto se emplearon las puntuaciones directas obtenidas en ambos cuestionarios y sus dimensiones/subescalas. Como se observa en la tabla 58 todas las correlaciones fueron positivas y significativas ($p \leq 0,001$). La puntuación global del CASO-A30 mostró una relación moderada con la puntuación global de la LSAS-SR y la subescala de Ansiedad y en menor medida con la subescala de Evitación. Por otra parte, las dimensiones del CASO-A30 presentaron correlaciones que van de pequeñas a moderadas con ambas subescalas de la LSAS-SR. La relación más baja fue entre “F4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado” y la subescala de Evitación y la mayor relación fue entre “F2. Interacción con desconocidos” y la subescalas de Ansiedad y de Evitación.

Tabla 58. Niveles de correlación de Pearson entre el CASO-A30 (y sus dimensiones) y la LSAS-SR (y sus subescalas) en una muestra universitaria ($N= 155$)

CASO-A30	LSAS-SR		
	Ansiedad	Evitación	Total
F1. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	0,40	0,36	0,39
F2. Interacción con desconocidos	0,44	0,44	0,45
F3. Interacción con el sexo opuesto	0,42	0,39	0,42
F4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,37	0,31	0,35
F5. Quedar en evidencia o en ridículo	0,38	0,33	0,37
Puntuación total CASO-A30	0,53	0,48	0,53

Notas. CASO-A30= “Cuestionario de ansiedad social para adultos”; LSAS-SR= “Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme” (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*). Todas las correlaciones fueron significativas ($p \leq 0,01$).

El otro método estadístico utilizado, la chi-cuadrado de Pearson, se basó en la capacidad de ambos cuestionarios para clasificar a quienes tienen y no tienen ansiedad social. Para esto, en la LSAS-SR se asignó un valor de uno (con ansiedad social) a quienes tuvieron una puntuación global de 30 o más y un valor de cero a quienes no superaban este punto de corte (sin ansiedad social). En el CASO-A30 se asignó un valor de uno (ansiedad social) quienes tenían temor en al menos una dimensión del cuestionario y se asignó un valor de cero a quienes no superaban el punto de corte en ninguna dimensión (sin ansiedad social). La tabla 59 muestra la distribución de los participantes. Se

encontró que había una asociación entre tener ansiedad social según la LSAS-SR y el CASO-A30, $\chi^2=8,17(1)$; $p= 0,004$ y la magnitud de la relación (V de Cramer) fue de 0,23.

23.3.7. Validez divergente del CASO-A30 con el BDI-II y el Cuestionario CAGE

Para hallar la validez divergente del CASO-A30 se calcularon las correlaciones (de Pearson) entre la puntuación total y de las dimensiones del CASO-A30 y la puntuación total del BDI-II y el Cuestionario CAGE. Como se observa en la tabla 60, las correlaciones entre las dimensiones del CASO-A30 y el BDI-II, fueron significativamente bajas y positivas (inferiores a 0,28) y un poco (aunque no mucho) más altas entre las puntuaciones globales de ambos cuestionarios. Por su parte, entre el CASO-A30 y el Cuestionario CAGE las correlaciones fueron casi nulas y sin significación estadística.

Tabla 59. Clasificación de los estudiantes con o sin ansiedad social según el CASO-A30 y la LSAS-SR

Ansiedad social según el CASO-A30	Ansiedad social según la LSAS-SR					
	No		Si		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
No	42	77,8	55	54,5	97	62,6
Si	12	22,2	46	45,5	58	37,4
Total	54	100,0	101	100,0	155	100,0

Nota. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; LSAS-SR= "Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*).

Tabla 60. Niveles de correlación de Pearson entre el CASO-A30 (y sus dimensiones) y el BDI y el Cuestionario CAGE en una muestra universitaria (N= 155)

CASO-A30	BDI	Cuestionario CAGE
F1. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	0,21*	-0,10
F2. Interacción con desconocidos	0,28***	-0,15
F3. Interacción con el sexo opuesto	0,27***	-0,01
F4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,24**	0,01
F5. Quedar en evidencia o en ridículo	0,28***	0,07
Total CASO-A30	0,33***	-0,05

Notas. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; BDI-II= "Inventario de depresión-II, de Beck" (*Beck Depression Inventory-II*); CAGE= acrónimo de *Cut down* (reducir), *Annoyed* (moleestado/irritado), *Guilty* (culpable) y *Eye-opener* (al despertar). *** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

23.3.8. Diferencias de sexo según el CASO-A30

De forma complementaria a las propiedades psicométricas del cuestionario, se analizó (con la *t* de Student) si existían o no diferencias de sexo en las dimensiones del CASO-A30, así como de forma global. Como se observa en la tabla 61, las mujeres tienen mayores niveles de ansiedad social que los hombres en las cinco dimensiones del CASO-A30 y las diferencias resultaron significativas en todas ellas, excepto en “F2. Interacción con desconocidos”. La puntuación total del cuestionario también mostró diferencias entre hombres y mujeres, siendo estas últimas las menos favorecidas. Con el fin de ver la magnitud de esas diferencias hallamos la *d* de Cohen para cada una de las dimensiones y para la puntuación global del CASO-A30. Estas diferencias se sitúan entre pequeñas y moderadas, resaltando la mayor ansiedad por parte de las mujeres tanto en la dimensión de Hablar en público/Interacción con personas de autoridad ($d= 0,84$) como en el aspecto global de la ansiedad social ($d= 0,79$).

Tabla 61. Medias (y desviaciones típicas) en las dimensiones y la puntuación global del CASO-A30 de una muestra universitaria ($N= 155$) según el sexo

Dimensiones (factores) del CASO-A30	Hombres ($n= 34$)		Mujeres ($n= 121$)		<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	
F1. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	17,03	4,36	21,18***	5,42	0,84
F2. Interacción con desconocidos	13,41	3,53	14,74	4,91	--
F3. Interacción con el sexo opuesto	18,15	4,74	21,01**	4,79	0,60
F4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	15,53	3,62	18,35***	4,96	0,65
F5. Quedar en evidencia o en ridículo	18,26	3,90	20,17*	4,03	0,48
Total CASO-A30	82,38	15,20	95,45***	17,92	0,79

Notas. CASO-A30= “Cuestionario de ansiedad social para adultos”. *** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

24. DÉCIMO TERCER ESTUDIO. VALIDEZ DE CONSTRUCTO Y SENSIBILIDAD DEL CASO-A30 CON MUESTRA CLÍNICA

24.1. Objetivo

El objetivo de este estudio fue hallar la validez convergente y divergente de la versión definitiva del “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (con 30 ítems + 2 de control), así como su sensibilidad para identificar a los sujetos con TAS utilizando una muestra clínica de España y tres países latinoamericanos.

24.2. Método

24.2.1. *Participantes*

Participaron 21 pacientes que tenían un diagnóstico principal de fobia social (trastorno de ansiedad social), según el DSM-IV, con/sin otro trastorno psiquiátrico excepto un trastorno psicótico, y que acudieron a consulta psicológica en gabinetes públicos y privados, en España ($n= 10$), México ($n=7$), Colombia ($n= 3$) y Paraguay ($n= 1$). El 61,9% era mujer, la edad media fue de 34,19 años ($DT= 11,98$; rango: 18-55 años). En cuanto al estado civil, el 57,1% estaba soltero, el 28,6% casado/vivía en pareja y el 14,3% estaba separado/viudo. El 61,9% no tenía pareja en el momento de la evaluación. El nivel de estudios alcanzados se distribuyó así: 42,9% estudios universitarios, 33,3% secundaria/bachillerato, 19,0% formación técnica y 4,8% primaria. La ocupación actual se distribuyó así: 38,1% trabajador, 23,8% estudiante, 19,0% ama de casa, 14,3% en paro y 4,8% jubilado. La tabla 62 muestra la distribución de los pacientes según los diagnósticos psiquiátricos, basados en el DSM-IV. Aunque inicialmente fueron evaluados 35 pacientes, 14 casos fueron descartados por la falta de fiabilidad de los diagnósticos, porque los datos estaban incompletos o incorrectos o porque no cumplían con el criterio de tener una puntuación de 60 o más en la LSAS-SR.

Tabla 62. Distribución de los participantes ($N= 21$) según los diagnósticos clínicos basados en el DSM-IV

Diagnóstico psicológico	Hombres	Mujeres	Total
Fobia social	6	3	9
Fobia social + trastorno del estado de ánimo	0	1	1
Fobia social + otro(s) trastorno(s) de ansiedad	2	6	8
Fobia social + otro trastorno de ansiedad + trastorno del estado de ánimo	0	2	2
Fobia social + trastorno adaptativo	0	1	1
Total	8	13	21

24.2.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron:

- a) El “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30, Caballo, Salazar, Arias *et al.*, 2010). Este cuestionario evalúa el nivel de malestar, tensión o nerviosismo en situaciones sociales. El CASO-A30 consta de 30 ítems (+ 2 de control) distribuidos en cinco dimensiones de la ansiedad social: 1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, 2) Interacción con desconocidos, 3) Interacción con el sexo opuesto, 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado y 5) Quedar en evidencia o en ridículo. La respuesta a cada situación se puntúa en una escala Likert de 5 puntos (de 1= “Nada o muy poco” a 5= “Mucho o muchísimo”). Los puntos de corte utilizados para realizar el cribado de hombres y mujeres, en cada una de las dimensiones de la ansiedad social y de manera global, aparecen en la tabla 29. Para la asignación del subtipo generalizado se consideró un alto nivel de temor en al menos tres (de las cinco) dimensiones del CASO-A30.
- b) La “Escala de ansiedad social, de Liebowitz - versión de autoinforme” (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*, LSAS-SR; Liebowitz, 1987). Esta escala de 24 ítems evalúa por separado la Ansiedad y la Evitación de situaciones sociales específicas. Los sujetos puntúan en una escala Likert de 4 puntos (de 0= “ninguno/nunca” a 3= “grave/habitualmente”) el grado de miedo y la frecuencia de evitación, respectivamente. La puntuación total de la escala, así como de ambas subescalas, se obtiene sumando las puntuaciones directas informadas por el individuo y está en un rango entre 0 y 144. El punto de corte utilizado para establecer si tenía un trastorno de ansiedad social subtipo “generalizado” fue de 60 (Mennin *et al.*, 2002; Rytwinski *et al.*, 2009).
- c) El “Inventario de depresión-II, de Beck” (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Este inventario evalúa la presencia de síntomas depresivos durante las últimas dos semanas, mediante 21 ítems, de los cuales 19 tienen cuatro alternativas de respuesta, que

van ordenadas según la gravedad, de 0 a 3 puntos. La puntuación total del BDI-II se obtiene sumando las respuestas señaladas por el sujeto y está entre 0 y 63. A mayor puntuación mayor nivel de depresión. En España, el nivel de consistencia interna informado con una muestra de pacientes con distintos problemas psicológicos fue de 0,89 (Sanz *et al.*, 2005) y en muestras comunitarias ha sido de 0,87 a 0,90 (Ibáñez *et al.*, 2010; Sanz, Navarro y Vázquez, 2003; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003).

- d) El “Cuestionario CAGE” (Ewing y Rouse, 1970). El nombre de este test corresponde a un acrónimo en inglés de cuatro preguntas utilizadas para el cribado de problemas de alcoholismo: *Cut down* (reducir), *Annoyed* (molestado/irritado), *Guilty* (culpable) y *Eye-opener* (al despertar). El formato de respuesta de las preguntas es dicotómico (“si/no”) y cada respuesta positiva tiene el valor de uno. Diversos estudios informan que una puntuación ≥ 2 en el Cuestionario CAGE tendría altos niveles de sensibilidad (entre 84% y 93%) y especificidad (entre 76% y 95%) para la identificación de problemas con el alcohol (Bernadt, Mumford, Taylor, Smith y Murray, 1982; Ewing, 1984; King, 1986). En España, para este mismo punto de corte se ha informado de una sensibilidad entre 75% y 92% y una especificidad del 96% (Díez Martínez *et al.*, 1991; Martínez, 1999). El nivel de consistencia interna hallado por Martínez (1999) fue de 0,73 y la fiabilidad test-retest de sus ítems estuvo entre 0,70 y 1,00.
- e) La “Entrevista para los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida, según el DSM-IV” (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version*, ADIS-IV-L; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994). Esta entrevista semiestructurada permite la evaluación y diagnóstico (según los criterios del DSM-IV), en el presente y a lo largo de la vida, de los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos psicóticos, por consumo de sustancias y los trastornos somatoformes. Para este estudio se seleccionaron 7 apartados de trastornos de ansiedad, 2 de estado ánimo, el trastorno mixto de ansiedad-depresión y dos de abuso y dependencia del alcohol y de sustancias. La sección correspondiente a la fobia social está formada por cuatro apartados: 1) “Preguntas iniciales”, para hacer una criba y determinar si la persona cumple con los temores centrales del trastorno y en ella se evalúan el nivel de miedo (o ansiedad) y de evitación en 12 situaciones sociales concretas utilizando una escala Likert de 0 (ninguno) a 8 (muy grave), 2) “Episodio actual”, que permite conocer las características actuales del problema, el nivel de interferencia malestar ocasionado por los temores sociales, 3) “Episodios pasados”, que se centra en indagar los periodos pasados de ansiedad social y 4) “Investigación”, un apartado para evaluar los síntomas físicos de la ansiedad utilizando una escala Likert de 0 (ninguno) a 8 (muy grave). Para la asignación de un diagnóstico, el entrevistador debe asignar una puntuación de gravedad (de 0 a 8) con base en su criterio clínico. Puntuaciones de 4 o más

indicarían la presencia de la fobia social y esto se haría teniendo en cuenta que: 1) respondía “sí” a las preguntas iniciales (1a, 1b o 1c), 2) el nivel de temor y evitación en alguna situación social era de 4 o más y 3) el nivel de “interferencia” y “malestar” era de 4 o más. El subtipo generalizado se especificó cuándo el entrevistado informó de un temor clínicamente importante (puntuaba 4 o más en interferencia o malestar) en más de ocho situaciones sociales que no fueran todas de actuación (p. ej., hablar o comer en público). Se asignó un diagnóstico subclínico de fobia social para los casos en que la gravedad de los temores y la evitación fue puntuada con 4 o más, pero no cumplía con el criterio de “interferencia” y “malestar”. Estos criterios se basan en lo propuesto por los autores de la entrevista, la discusión entre nuestro equipo de investigación y Hofmann (comunicación personal, 19 de febrero de 2013). Brown *et al.* (2001) encontraron que la fiabilidad de la ADIS-VI-L para todas las categorías estaba entre aceptable y alta ($0,67 \leq \kappa \leq 0,86$) y, en particular, para la fobia social era aceptable ($\kappa = 0,77$).

24.2.3. *Procedimiento*

Los pacientes fueron evaluados de forma individual, pasándoles primero las cuatro medidas de autoinforme y, posteriormente, realizando las entrevistas diagnósticas. Todos ellos fueron informados sobre la investigación y aceptaron participar voluntariamente. Los clínicos debían especificar los diagnósticos de los pacientes utilizando la información recogida mediante la ADIS-IV-L. Una vez fueron introducidos los datos en la base de datos por parte de todos los clínicos, se unificó la base de datos y fue analizada por nuestro grupo de investigación. Se realizó la verificación de los diagnósticos clínicos con base en las respuestas registradas y se descartaron aquellos que resultaban dudosos, así como los casos en que se había obtenido una puntuación inferior a 60 en la LSAS-SR.

24.2.4. *Análisis de datos*

Para el análisis de los datos se utilizó el PASW Statistics, versión 18.0. Primero, se halló el nivel de consistencia interna (alfa de Cronbach) y de fiabilidad (dos mitades de Guttman) de las cuatro medidas de autoinforme. Luego, a partir de las puntuaciones totales y por dimensiones/subescalas del CASO-A30 y la LSAS-SR se halló la distribución de los casos de fobia social, así como de los subtipos (generalizado y no generalizado). Posteriormente, se analizaron las coincidencias en la identificación de sujetos con fobia social entre el CASO-A30 y la ADIS-VI-L (sensibilidad del CASO-A30), lo cual requirió la agrupación de los pacientes en dos categorías según si tenían (o no) fobia

social en el CASO-A30. La validez convergente del CASO-A30 con la LSAS-SR se calculó mediante las correlaciones de Pearson. En este caso se utilizaron las puntuaciones directas de ambos cuestionarios, de tal forma que se pudiera ver la asociación no sólo de la puntuación global de las escalas sino de las dimensiones del CASO-A30 con las subescalas de la LSAS-SR. Para hallar la validez divergente del CASO-A30 con el BDI-II y el Cuestionario CAGE se utilizaron las correlaciones de Pearson y se observó el grado de asociación de las dimensiones y la puntuación global del CASO-A30 con las puntuaciones globales del BDI-II y el Cuestionario CAGE. Finalmente, se analizó si existían o no diferencias de sexo según el CASO-A30, mediante la *t* de Student.

24.3. Resultados

24.3.1. *Consistencia interna y fiabilidad del CASO-A30, la LSAS-SR, el BDI-II y el Cuestionario CAGE*

La tabla 63 presenta la consistencia interna (alfa de Cronbach) y la fiabilidad (dos mitades de Guttman) de las cuatro medidas de autoinforme utilizadas en el estudio. Como puede observarse el CASO-A30 tuvo niveles adecuados de consistencia interna en todas sus dimensiones, comportándose de mejor manera en F4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado y F1. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad y en la puntuación global. La dimensión con menor nivel de consistencia interna fue F3. Interacción con el sexo opuesto. Los niveles de fiabilidad del CASO-A30 fueron altos y destacan los de las dos dimensiones mencionadas anteriormente y de la puntuación global. Por su parte, la LSAS-SR y el BDI-II mostraron altos niveles de consistencia interna y de fiabilidad, mientras que el Cuestionario CAGE tuvo una consistencia interna moderada.

24.3.2. *Sensibilidad del CASO-A30*

Partiendo de la base de que los pacientes fueron diagnosticados con fobia social (trastorno de ansiedad social) con la ADIS-IV-L, se pretende comprobar la sensibilidad del CASO-A30 para identificar a los pacientes como sujetos con fobia social, así como para la identificación del subtipo. La sensibilidad se define como el porcentaje de participantes diagnosticados con TAS que están en o por encima del punto de corte para la ansiedad social definido en el CASO-A30. Este porcentaje

indicaría qué tan bien clasifica el CASO-A30 a los participantes como sujetos con fobia social y, en el caso del subtipo, qué tan bien clasifica a los que tienen fobia social generalizada.

Tabla 63. Consistencia (α de Cronbach) y fiabilidad (dos mitades de Guttman) de las medidas de autoinforme en una muestra clínica ($N= 21$)

Medidas de autoinforme	Consistencia interna	Fiabilidad
CASO-A30		
F1. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	0,90	0,84
F2. Interacción con desconocidos	0,85	0,89
F3. Interacción con el sexo opuesto	0,74	0,83
F4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,90	0,95
F5. Quedar en evidencia o en ridículo	0,81	0,83
Total CASO-A30	0,93	0,91
LSAS-SR		
Ansiedad	0,92	0,93
Evitación	0,91	0,94
Total LSAS-SR	0,95	0,94
BDI-II	0,95	0,93
Cuestionario CAGE	0,68	--

Nota. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; LSAS-SR= "Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*); BDI-II= Inventario de depresión-II, de Beck (*Beck Depression Inventory-II*); CAGE= acrónimo de *Cut down* (reducir), *Annoyed* (molestado/irritado), *Guilty* (culpable) y *Eye-opener* (al despertar).

De los 21 pacientes diagnosticados con TAS, el CASO-A30 (utilizando los puntos de corte presentados en la tabla 29) clasificó correctamente a la totalidad de los pacientes, por lo que la sensibilidad del CASO-A30 para clasificar a los sujetos con fobia social fue del 100,0%. Un análisis correlacional indicaría que la relación fue perfecta. Adicionalmente, tomando en consideración que los sujetos han sido clasificados según el subtipo de fobia social, tal y como puede apreciarse en la tabla 64, el CASO-A30 identificó a 17 de ellos, es decir, que la sensibilidad para detectar a los que tienen fobia social generalizada fue de 81,0%.

Tabla 64. Distribución de los pacientes (N= 21) según los criterios para la fobia social y los subtipos definidos en el CASO-A30 y la ADIS-IV-L

Tipo y subtipo de fobia social	CASO-A30		ADIS-IV-L	
	n	%	n	%
Fobia social generalizada	17	81,0	21	100,0
Fobia social no generalizada	4	19,0	0	0,0
Total	21	100,0	21	100,0

Nota. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; ADIS-IV-L= "Entrevista para los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida, según el DSM-IV" (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version*).

24.3.3. Validez convergente del CASO-A30

Para hallar la validez convergente del CASO-A30 con la LSAS-SR se calcularon las correlaciones (de Pearson) entre ambas medidas utilizando las puntuaciones directas. La tabla 65 presenta las correlaciones (de Pearson) entre la puntuación total y de las dimensiones del CASO-A30 con la puntuación total de la LSAS-SR y las dos subescalas. Las correlaciones entre las puntuaciones totales fueron moderadas y entre cuatro de las cinco dimensiones del CASO-A30 y el total de la LSAS-SR fueron de pequeñas a moderadas, siendo mayor la de "Interacción con desconocidos" y menor la de "Quedar en evidencia o en ridículo". La dimensión de "Interacción con el sexo opuesto" no presentó relación con ninguna de las subescalas ni con la puntuación total de la LSAS-SR.

Tabla 65. Correlaciones de Pearson entre el CASO-A30 (y sus dimensiones) y la LSAS-SR (y sus subescalas) en una muestra clínica (N= 21)

CASO-A30	LSAS-SR		
	Ansiedad	Evitación	Total
F1. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	0,71**	0,60**	0,67**
F2. Interacción con desconocidos	0,72**	0,81**	0,79**
F3. Interacción con el sexo opuesto	0,27	0,30	0,30
F4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,60**	0,60**	0,62**
F5. Quedar en evidencia o en ridículo	0,47*	0,46*	0,48*
Total CASO-A30	0,77**	0,76**	0,79**

Notas. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; LSAS-SR= "Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale - self-report versión*). * $p < 0,05$; ** $p < 0,005$.

24.3.4. Validez divergente del CASO-A30 con el BDI-II y el Cuestionario CAGE

Para hallar la validez divergente del CASO-A30 se calcularon las correlaciones (de Pearson) entre la puntuación total y de las dimensiones del CASO-A30 y la puntuación total del BDI-II y el Cuestionario CAGE. Como se observa en la tabla 66, la puntuación global y tres de las cinco dimensiones del CASO-A30 correlacionaron de forma positiva y significativa con el BDI-II y los índices fueron moderados. Por otra parte, entre el CASO-A30 y el Cuestionario CAGE las correlaciones no fueron significativas en ningún caso.

Tabla 66. Correlaciones (de Pearson) entre el CASO-A30 (y sus dimensiones) y el BDI y el Cuestionario CAGE en una muestra clínica (N= 21)

CASO-A30	BDI	Cuestionario CAGE
F1. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	0,03	0,14
F2. Interacción con desconocidos	0,14	0,23
F3. Interacción con el sexo opuesto	0,50*	0,08
F4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,49*	0,10
F5. Quedar en evidencia o en ridículo	0,57**	-0,20
Total CASO-A30	0,45**	0,15

Notas. CASO-A30= "Cuestionario de ansiedad social para adultos"; BDI-II= "Inventario de depresión-II, de Beck" (*Beck Depression Inventory-II*); CAGE= acrónimo de *Cut down* (reducir), *Annoyed* (molestado/irritado), *Guilty* (culpable) y *Eye-opener* (al despertar). * $p < 0,05$; ** $p < 0,005$.

25. DISCUSIÓN GENERAL

En cuanto a los objetivos de la tesis doctoral

El objetivo principal de esta tesis doctoral era desarrollar una medida de autoinforme para la ansiedad/fobia social que pudiera ser utilizada, en el ámbito clínico y para la investigación transcultural, en los distintos países iberoamericanos (incluyendo España y Portugal), teniendo en cuenta los criterios de brevedad, facilidad de aplicación, sencillez en el lenguaje y óptimas características psicométricas.

Tras varios años de investigación, reflejados en los distintos estudios (o fases, según quiera considerarse) presentados en este trabajo, así como en algunos preliminares (p. ej., Caballo *et al.*, 2006), conseguimos crear el “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30) formado por 30 ítems, distribuidos en cinco factores (o dimensiones). Sus propiedades psicométricas (niveles de consistencia interna, fiabilidad, validez de contenido, validez de constructo [factorial, convergente y discriminante], validez predictiva o relativa al criterio [concurrente]) (DeVellis, 2003; Haynes *et al.*, 1995) fueron adecuadas y permiten considerarlo como una medida de autoinforme apropiada para evaluar la ansiedad/fobia social en adultos hispanohablantes.

Haciendo un recorrido por los diferentes estudios, puede observarse cómo se produce una reducción progresiva del número de ítems utilizando, principalmente, análisis estadísticos más o menos complejos, pero con la intervención del criterio clínico en momentos muy puntuales. Pasamos de una versión inicial del cuestionario (que en ese momento se denominaba “Cuestionario de interacción social para adultos”) con 512 ítems a una de 72, volviendo luego a una de 116, pasando luego a otra de 80 y finalizando con una versión del cuestionario con 30 ítems. En este proceso fueron utilizados algunos ítems de control, para poder eliminar aquellos casos en los que parecía haberse contestado al azar o de forma poco sincera. En las dos primeras versiones del cuestionario se utilizaron cuatro ítems de control, debido a la gran extensión del cuestionario y, luego, se dejaron únicamente dos ítems de control (los mismos que han quedado disponibles para la versión definitiva del instrumento) con base en el criterio de brevedad que pretendíamos para el cuestionario. No obstante, encontramos que no fue necesario eliminar casos, durante los análisis estadísticos, puesto que no parecían afectar los resultados.

Reducir el *número de ítems* era uno de los principales objetivos de este trabajo, dado que teníamos un amplio espectro de situaciones sociales (hay que recordar incluso que al comienzo de la investigación fueron más de 10 mil las situaciones recogidas) a las que parecía temer la población

general y debíamos seleccionar estadísticamente y con el criterio de expertos del área aquellas que fueran las más relevantes y representativas de tal universo. A estos criterios se sumó el de brevedad, una cuestión que es importante en el momento de evaluar a un paciente o realizar una investigación, sobre todo cuando se emplean distintas formas de evaluación y el tiempo y los recursos son escasos.

En cualquier caso, como no todos los procesos de investigación siguen una misma dirección, la reducción de ítems no fue una cuestión lineal. El cuarto estudio muestra cómo, atendiendo a los planteamientos sobre la validez de contenido (DeVellis, 2003; Haynes *et al.*, 1995), fue necesario realizar una modificación al CASO-AR y pasar de un cuestionario de 72 ítems a uno de 116. Básicamente, lo que se hizo fue incluir los ítems que en la literatura (entre ella el DSM-IV) se han mencionado como situaciones sociales fóbicas “relevantes” (al menos en el ámbito anglosajón), así como ítems que estadísticamente habían sido descartados de la versión inicial pero que según el criterio de clínicos e investigadores expertos en el campo de la ansiedad social, podrían ser situaciones relevantes para individuos con este trastorno. De este modo, quedó constituida la versión con 116 ítems. Estos ítems se distribuyeron en cinco factores (ya no en seis factores como en la versión anterior del cuestionario) y desde entonces se ha mantenido como la mejor solución factorial del cuestionario (aspecto al que nos referiremos con detalle más adelante). Fue en este punto de la investigación (estudio 5), donde decidimos empezar a aplicar el cuestionario a muestras clínicas, para comparar el comportamiento estructural del cuestionario y ver si lo que parecía ser relevante (a nivel de ítems) en este tipo de muestra, era similar o no a lo que mostraban las muestras generales o no clínicas.

La comparación de las medias de los ítems entre pacientes y no pacientes fue el procedimiento utilizado y uno de los criterios más importantes para seleccionar los nuevos ítems que formarían la siguiente versión del cuestionario, el CASO-A82. Asimismo, se tomaron en consideración la saturación del ítem en un factor y el que existiera o no un ítem similar en dicho factor. Por ejemplo, en el factor “Expresión asertiva de molestia, desagrado o desagrado”, el ítem “Decir a alguien que su comportamiento me está molestando y pedir que deje de hacerlo” tuvo una saturación de 0,56 y la diferencia de medias entre pacientes y no pacientes fue de 1,61 (t de Student= 15,50; d de Cohen= 1,06), mientras que el ítem “Descambiar un artículo defectuoso” tuvo una saturación de 0,53 en este mismo factor y la diferencia entre la puntuación media de los pacientes y los no pacientes fue de 0,92 (t de Student= 8,17; d de Cohen= 0,54). Ambos ítems tenían saturaciones superiores a 0,40 y evidentemente la del primero fue mayor que la del segundo. Dado que la t y la d también fueron mayores en el primer ítem que en el segundo, se retuvo el primero (y no el segundo) para el CASO-

A82. Otro ejemplo que ilustra la utilización de estos criterios para la selección de los ítems fue lo sucedido con el ítem “Utilizar un aseo o baño público”. Este fue uno de los ítems descartados por no encontrarse diferencias significativas entre quienes sufren o no un trastorno de ansiedad social. La relevancia de este tema está en que este ítem es un ejemplo de los varios que se repiten en otras medidas (anglosajonas) que evalúan la fobia social y que estadísticamente no resulta relevante para Iberoamérica. A este respecto, queremos comentar que es factible que esto apoye las posibles diferencias culturales, que podrían ser importantes y que han sido desatendidas hasta el presente.

Este mismo procedimiento fue utilizado con el CASO-A82 para asegurar que de allí ya saldrían los ítems que formarían la versión definitiva del cuestionario, el CASO-A30. Nuestro nivel de confianza en la selección de los ítems se debe a los potentes análisis estadísticos y se ve respaldado por el hecho de que en los estudios 8, 9, 10 y 11 todos los ítems saturaron en el mismo factor del CASO-A30, con excepción de dos ítems (en el estudio 11) del factor “Quedar en evidencia o en ridículo” que saturaron en el factor “Expresión asertiva de molestia, desagrado o desagrado” y dos ítems de este último factor que saturaron en el anterior.

En suma, los ítems del CASO-A30 son de naturaleza cien por cien empírica (véase Caballo *et al.*, 2006 para información más detallada de cómo se generaron inicialmente), seleccionados objetivamente por métodos estadísticos y bajo la atenta supervisión de clínicos e investigadores expertos del campo de la ansiedad social, que han ayudado a cuidar la validez de contenido. Esta característica es una de las principales diferencias de este autoinforme, comparado con otros, que tradicionalmente han sido utilizados para medir la ansiedad social, tanto en España como en Latinoamérica y demás países de habla no anglosajona, como la LSAS-SR, el SPAI, la SPS y la SIAS y el SPIN. Mientras que los ítems del CASO-A fueron elaborados de forma inductiva-deductiva, los de aquellos otros instrumentos fueron elaborados siguiendo un método hipotético-deductivo. Los ítems de la LSAS-SR y el SPIN, por ejemplo, fueron adaptados de medidas creadas originalmente para ser utilizadas por el psicólogo/psiquiatra (y no rellena por el paciente), cuyos ítems respondían al criterio del clínico (Connor *et al.*, 2000; Liebowitz, 1987; Mattick y Clarke, 1988, 1998; Turner *et al.*, 1989), mientras que el SPAI, la SPS y la SIAS obtuvieron sus ítems de otros cuestionarios, inventarios o escalas relacionados con la ansiedad social e incluso de medidas generales de ansiedad, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-III y el DSM-III-R, y aspectos comentados por pacientes ansiosos socialmente.

Otro cambio importante que sufrió nuestro cuestionario y que se relaciona con los ítems, fue su escala de respuesta. Una vez se tuvo asegurada la versión a partir de la cual se obtendrían los ítems definitivos del cuestionario, es decir, a partir del CASO-A82, se cambió la escala de respuesta Likert

que hasta entonces había sido de siete puntos a una con cinco opciones de respuesta. Esto con el fin de simplificar las alternativas para los evaluados y porque al parecer estamos más acostumbrados a elegir entre cinco y no siete (o más) opciones de respuesta. Esto es algo que también pudo observarse cuando se realizaron las entrevistas (con la ADIS-IV-L), en las que las valoraciones se hacían en escalas Likert de nueve opciones.

Hallar la *consistencia interna* y la *fiabilidad* del nuevo cuestionario de evaluación de la ansiedad/fobia social en adultos era otro de los objetivos de este trabajo. A este respecto, queremos destacar que los índices de consistencia interna y de fiabilidad, obtenidos mediante el alfa de Cronbach y el método de las dos mitades de Guttman, respectivamente, en las distintas versiones del cuestionarios fueron de moderados a altos, independientemente del número de ítems que formaran el cuestionario y de las soluciones factoriales del CASO-A. Concretamente, los índices de consistencia interna de los factores se mantuvieron en un rango entre 0,66 y 0,92 (25% moderados y 75% altos) y para la puntuación global del cuestionario los índices fueron altos en el 100% de los cálculos (entre 0,88 y 0,97). Los coeficientes de fiabilidad mostraron un comportamiento similar a los de consistencia interna, sobre todo los de los factores, los cuales obtuvieron índices entre 0,61 y 0,92 (50% moderados y 50% altos) y para la puntuación total del cuestionario fueron, otra vez en el 100% de los casos, altos (entre 0,84 y 0,97). Otro método utilizado para hallar la fiabilidad del CASO-A fue mediante el cálculo de la fiabilidad compuesta (ρ_c), utilizada tanto en el estudio 1 con el CASO-AR, como en el estudio 9 con la versión definitiva del cuestionario, el CASO-A30. Los indicadores obtenidos fueron de moderados a altos, lo que prueba una vez más la consistencia interna de los constructos (factores o dimensiones del cuestionario).

Podríamos afirmar entonces que los adecuados índices de fiabilidad obtenidos en la puntuación global del CASO-A revelan la estabilidad del cuestionario en las distintas muestras, lo que significa que tiene la capacidad de mostrar resultados similares al ser aplicado en diferentes momentos temporales. Por otra parte, los altos índices de consistencia interna obtenidos en la puntuación global del cuestionario revelan la homogeneidad del contenido de los ítems que configuran esta medida de autoinforme. En lo que se refiere a los índices de consistencia interna de los cinco factores que componen el CASO-A30, podríamos afirmar que sus valores apoyan la interrelación de los ítems que forman cada factor y, nuevamente, la homogeneidad de cada constructo latente (factor o dimensión).

Respecto al tercer objetivo de la tesis doctoral, la *validez de constructo* del CASO-A quisiéramos señalar que fue hallada mediante la utilización de las tres alternativas propuestas por DeVellis (2003), a saber, la validez factorial, la validez convergente y la validez discriminante. Nuestro

propósito era aportar información que asegurara que el conjunto de ítems de este nuevo cuestionario era una medida o un índice del constructo psicológico que pretendíamos evaluar: la ansiedad/fobia social y sus dimensiones. En cuanto a la *validez factorial*, podemos afirmar que el CASO-A cuenta con un amplio respaldo empírico de su estructura pentafactorial. Aunque inicialmente se encontró una solución de seis factores, informada en los estudios 1, 2 y 3, así como en un trabajo preliminar en el que se analizaron los 512 ítems iniciales (Caballo *et al.*, 2006), luego, a partir de la versión modificada del CASO-AR (en el estudio 4), se obtuvo y se mantuvo una solución de cinco factores hasta la versión definitiva del cuestionario, el CASO-A30, utilizada a partir del estudio 8 hasta el 13. Estos cinco factores son los que denominamos dimensiones de la ansiedad social y son: 1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, 2) Interacción con desconocidos, 3) Interacción con el sexo opuesto, 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado y 5) Quedar en evidencia o en ridículo. Estos factores fueron los mismos desde el comienzo de la investigación y el cambio estructural de seis a cinco factores ocurrió cuando el factor “Quedar en evidencia o en ridículo” reunió ítems muy similares que antes habían formado dos factores: “Comportamientos torpes en situaciones embarazosas” y “Quedar en evidencia o en ridículo”.

Para probar la estabilidad de la estructura factorial del cuestionario se realizaron robustos análisis estadísticos a lo largo de los diversos estudios de esta tesis doctoral, con excepción de los estudios 12 y 13 cuando ya se había demostrado la validez factorial de la versión definitiva. Así, por ejemplo, para definir que eran cinco y no seis los factores que debían retenerse se utilizó, además del tradicional criterio del valor propio superior a uno (regla de Kaiser), el análisis paralelo, propuesto por Horn (1965), en el que se contrastan los valores propios hallados empíricamente con los de una matriz de variables no correlacionadas, basada en el mismo número de variables que los datos empíricos y en el mismo tamaño de muestra. También se utilizaron los modelos de ecuaciones estructurales (ESEM), que integran muchas de las ventajas de los AFE, AFC y de ellos mismos, razón por la cual son considerados en la actualidad como una de las mejores alternativas para hallar la estructura de las medidas psicológicas, definir los puntos de corte y probar qué modelo tiene el mejor ajuste a los datos (Marsh, 2007; Marsh, Hau y Grayson, 2005).

Es posible que para hallar la estabilidad factorial de un cuestionario, además de ser necesarios varios estudios y con distintos tipos de muestra (clínica y no clínica), se requieran este tipo de análisis estadísticos robustos que permitan, sobre todo, explorar con libertad los modelos que mejor explican los datos y no tratar de ajustar los datos a las soluciones factoriales preexistentes. Esta es una fortaleza de este nuevo cuestionario, a diferencia de lo que ha ocurrido con otros en este campo. Una práctica relativamente frecuente es la de realizar estudios para evaluar si se repite la

estructura factorial de un autoinforme sin plantearse si esa es necesariamente la mejor solución estructural de la medida o explorar cuál o cuáles sería(n) según los nuevos datos. Desde un punto de vista científico, si bien la réplica de los estudios es importante, también lo es probar nuevas soluciones cuando tenemos nuevos datos, pero no utilizar esta lógica hace que nos enfrentemos a una limitación en el campo de la ansiedad social. Esto sucede, por ejemplo, con el SPAI. Como bien se sabe, este inventario incluye ítems para evaluar la agorafobia, además de la fobia social. La estructura bifactorial acerca de la que generalmente se informa (p. ej., Baños *et al.*, 2007; Turner, Standley *et al.*, 1989), se corresponde con las dos subescalas que la forman teóricamente, pero poco se ha avanzado en analizar los posibles dimensiones de la ansiedad si se considerase únicamente la subescala de la Fobia social del SPAI. A este respecto, los estudios se remontan a trabajos realizado a finales de los 80 y principios de los 90 (p. ej., Osman *et al.*, 1995; Osman *et al.*, 1996; Turner, Standley *et al.*, 1989) y, más recientemente, por un único trabajo realizado precisamente por uno de los autores del instrumento (Bunnell, Joseph y Beidel, 2013). Una situación similar ocurrió con la SPS y la SIAS, que al ser analizados sus ítems de forma separada se pretendía contrastar si se mantenía o no la estructura factorial teórica de las escalas, es decir, la unidimensionalidad de cada escala (p. ej., Hirai *et al.*, 2011; Olivares *et al.*, 2001).

De todos modos, también hay que decir que existen excepciones y que, en el caso de la LSAS-SR, el SPIN e incluso en la SPS y la SIAS, se han aventurado a probar si existían soluciones factoriales diferentes a las propuestas teóricas de los instrumentos. Esta práctica (que insistimos, nos parece más correcta a nivel científico) ha puesto en evidencia cómo varían las estructuras de estas medidas de autoinforme y, por tanto, sus deficiencias en cuanto a la validez factorial. Por ejemplo, con la LSAS-SR, Beard *et al.* (2011), Heeren *et al.* (2011), Oakman *et al.* (2003), Perugi *et al.*, 2001; Safren *et al.* (1999) y Terra *et al.* (2006), probaron otros modelos distintos al original de dos factores y encontraron soluciones de tres, cuatro y cinco factores. Con el SPIN, la estructura factorial tiene un poco menos de variabilidad, pero se han identificado tres (p. ej., Osório *et al.*, 2010a; Radomsky *et al.*, 2006) y cinco (p. ej., Connor *et al.*, 2000; Osório *et al.*, 2010a) factores. Con la SPS y la SIAS, el problema es aún mayor, porque estas escalas son utilizadas generalmente de forma complementaria y los análisis factoriales cambian según se analicen como una sola medida o como dos medidas independientes. Mattick y Clarke (1998) analizaron las escalas separadamente e informaron que la SPS estaba formada por tres factores y la SIAS por un factor. Habke *et al.* (1997) y Safren *et al.* (1998) las analizaron de forma conjunta y aunque en ambos trabajos se presentó una solución de tres factores, en el primer estudio informaron que un factor correspondía a la SPS y dos a la SIAS, mientras que en el segundo estudio encontraron justo lo contrario, que un factor contenía los ítems de la SIAS y los otros dos factores contenían ítems de la SPS.

En lo que respecta a la *validez convergente* del CASO-A, nos propusimos evaluar la relación entre esta nueva medida con otras que internacionalmente se plantean como las más utilizadas en el campo de la ansiedad/fobia social, concretamente, el SPAI, la LSAS-SR y el SPIN. Hallar las correlaciones entre los distintos autoinformes que miden el mismo constructo, o al menos algunos aspectos de dicho constructo, era un asunto central de esta investigación. Cabía esperar que si las correlaciones entre los diferentes instrumentos eran altas podría confirmarse empíricamente una relación conceptual entre los mismos. En todos los estudios de nuestra investigación en los que se calculó dicha asociación, se encontró que las correlaciones entre las distintas versiones del CASO-A y los otros autoinformes de ansiedad/fobia social eran moderadas, independientemente de si se trataba de una muestra clínica o general. En concreto, en el estudio 3 se hallaron las relaciones entre la puntuación global y las dimensiones del CASO-AR (de 72 ítems) con las tres medidas de autoinforme de ansiedad social mencionadas, teniendo en cuenta su puntuación global y las subescalas que teóricamente forman dichas medidas y, a partir del estudio 8 y hasta el 13, calculamos la relación entre el CASO-A30 (sus dimensiones y a nivel global) y la LSAS-SR (con sus subescalas y la puntuación global).

En el estudio 3, la puntuación total del CASO-AR mostró, de más a menos, una correlación significativa con la subescala de Fobia social del SPAI, la puntuación total del SPAI, la puntuación total de la LSAS-SR, la subescala de Ansiedad de la LSAS-SR y el SPIN. Este nivel moderado de relación entre el CASO-AR y los demás autoinformes (entre 0,56 y 0,78) podría indicar que no evalúan exactamente los mismos aspectos del constructo, pero si coinciden parcialmente en evaluar algunos aspectos de la ansiedad/fobia social. Esto puede observarse más claramente al centrar la atención en las correlaciones entre las dimensiones del CASO-AR y las subescalas de los otros autoinformes. Las dimensiones del CASO-AR que presentan correlaciones más elevadas con los demás autoinformes se refieren a los aspectos que más comúnmente son evaluados en la ansiedad/fobia social, es decir: hablar/actuar en público o interactuar con personas de autoridad, interactuar con desconocidos y quedar en evidencia o en ridículo. Adicionalmente, el hecho de que aspectos como la interacción con el sexo opuesto y la expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, que no son evaluados como una dimensión específica en estos otros cuestionarios, mostraran correlaciones moderadas indicaría que el CASO-AR está midiendo áreas importantes para el campo de la ansiedad/fobia social que están pasando por alto las otras escalas.

Con el SPAI, el CASO-A coincide en medir la intensidad de la ansiedad en algunas situaciones sociales concretas (p. ej., al hablar en público, mantener una conversación), pero a diferencia de nuestro cuestionario, el SPAI, en concreto la subescala de Fobia social, tiende a incluir en sus ítems

situaciones muy generales (p. ej., sentirse ansioso cuando está en una situación nueva, cuando está en una situación embarazosa, cuando expresa una opinión, cuando habla de sus sentimientos íntimos, cuando está en una reunión que supone un enfrentamiento, cuando participa en una situación social, etc.) o que evalúan los comportamientos de escape y evitación y no el nivel de ansiedad (p. ej., “Intento evitar situaciones sociales en las que hay... desconocidos, personas con autoridad, personas del sexo opuesto, gente en general”, “Me marchó de las situaciones sociales en las que hay...”) y, también, tiene situaciones que fueron retiradas del CASO-A por ser irrelevantes (p. ej., beber, comer y escribir delante de otras personas). Un aspecto que hemos considerado es que si los ítems que tienen un formato de respuesta múltiple en el SPAI se puntuaran de una forma diferente (diríamos incluso, de forma independiente), posiblemente habría una mayor correlación entre ambos autoinformes. Esto se debe a que los ítems posiblemente se distribuirían en factores (o subescalas) que resultarían más similares a las del CASO-A30, a saber, la interacción con personas desconocidas, la interacción con el sexo opuesto y la interacción con personas de autoridad. No deja de ser curioso que en la descripción y presentación del SPAI se mencione que mide el nivel de ansiedad social con distintos públicos, pero a la hora de analizar los resultados tal posibilidad se pierde por la forma en que se califican los ítems múltiples, echando todo el esfuerzo en la medición por la borda y no siendo real la ventaja que se anuncia de evaluar la ansiedad social con distintos públicos. Sin duda, una revisión de este aspecto redundaría en una mayor utilidad del SPAI para el tratamiento de los pacientes, pues especificaría mejor las situaciones que causan mayor ansiedad. A lo anterior hay que sumar que otra gran diferencia entre el CASO-A y el SPAI está en que este último incluye aspectos cognitivos (p. ej., “Antes de participar en una situación social pienso en todo aquello que puede ir mal...”, “Tengo pensamientos molestos cuando estoy en una situación social...”) y somáticos (p. ej., “Experimento las siguientes sensaciones antes de participar en una situación social...”, “Experimento las siguientes sensaciones en las situaciones sociales...”) relacionados con la ansiedad. Entendemos que esto obedece al interés de los autores por considerar las respuestas cognitivas y somáticas, junto con las respuestas conductuales (escape/evitación), dentro del constructo de ansiedad social, siguiendo quizás con el sesgo de querer ceñirse más fielmente a los criterios diagnósticos del DSM. Lo mencionamos aquí para que se puedan ver más claramente las diferencias en el constructo psicológico que estamos evaluando, pues el CASO-A se centra en las situaciones sociales ansiógenas, en el nivel de temor que producen y, por supuesto, nuestro interés principal está en poder identificar las áreas (dimensiones) sociales más temidas de cara al tratamiento clínico. A este respecto ya hemos incluso adelantado una propuesta de intervención y estamos trabajando en su mejora (véase Caballo, Salazar, Garrido e Irurtia, 2012).

Con el SPIN, el CASO-AR presentó las correlaciones más bajas (dejando de lado la comparación con la subescala de Evitación de la LSAS-SR), indicando que los ítems se distancian más de evaluar los mismos aspectos de la ansiedad/fobia social en comparación con los demás autoinformes empleados. El SPIN, a diferencia del CASO-AR, evalúa, por ejemplo, la evitación de algunas situaciones (ir a fiestas, hablar en público, hacer actividades en las que se es el centro de atención, etc.), los síntomas físicos (rubor, aceleración del ritmo cardíaco, temblor, etc.) y aspectos muy generales como el temor a que le critiquen, a hacer el ridículo, a las personas con autoridad, a que la gente le observe, entre otros. Nuevamente, aunque estos aspectos son cuestiones relacionadas con la ansiedad/fobia social, los ítems, sobre todo los que evalúan el temor, están formulados de forma general (p. ej., “El temor al ridículo me impide hacer cosas o hablar a la gente”, “Temo hacer cosas cuando la gente podría estar observándome”) y no se refieren a la ansiedad que se experimenta en las situaciones sociales concretas, tal y como se plantean en el CASO-AR, lo que explicaría los datos estadísticos obtenidos. Con el SPIN se repite que las mayores coincidencias se refieren a las situaciones más comúnmente evaluadas por los autoinformes de ansiedad social, concretamente hablar/actuar en público (y ser el centro de atención), la interacción con personas de autoridad, la interacción con desconocidos y quedar en evidencia o en ridículo, mientras que la interacción con el sexo opuesto o las situaciones que requieren ser asertivos son aspectos que no se evalúan para nada.

Si nos centramos en analizar el nivel de relación entre el CASO-A30 y la LSAS-SR, teniendo en cuenta que ha sido el instrumento más utilizado a lo largo de los distintos estudios de esta tesis doctoral para hallar la validez convergente, encontramos que las correlaciones entre las puntuaciones totales de los cuestionarios fueron moderadas (entre 0,40 y 0,69) en cuatro estudios y altas (> 0,70) en dos estudios. Entre la puntuación total del CASO-A30 y la subescala de Ansiedad de la LSAS-SR y la subescala de Evitación fueron moderadas en cinco estudios y altas en un estudio. En la mayoría de los estudios, la mayor correlación ocurrió entre la puntuación total del CASO-A con la subescala de Ansiedad de la LSAS-SR y en todos los casos la menor correlación fue con la subescala de Evitación. Lo anterior podría ser un indicador de que el grado de miedo o malestar es un aspecto clínicamente más relevante para los individuos con ansiedad/fobia social que la frecuencia de evitación de las situaciones sociales, puesto que no necesariamente quienes tienen ansiedad social evitan en la misma medida dichas situaciones. Siendo realistas, son muchas las situaciones que en sí mismas dificultan las conductas de evitación por parte del sujeto con fobia social, a menos que éste decida asumir un alto coste (p. ej., el profesor pide al alumno que realice una exposición en clase y ello representa un parte importante de la nota del curso, el jefe pide a un empleado que defienda – oralmente- un presupuesto para aprobar el proyecto que le presentó). Dicho esto, consideramos

que aunque hay una elevada relación entre la ansiedad y la evitación, posiblemente no tenga mucho sentido evaluar ambos aspectos cuando el miedo es el indicador más importante y cuando entre los criterios clínicos para el diagnóstico del TAS/FS está el que se permanezca en la situación experimentando altos niveles de malestar. Lo anterior, coincidiría con los planteamientos realizados por Oakman *et al.* (2003), quienes cuestionaron hace ya una década la distinción entre las subescalas de Ansiedad y Evitación de la LSAS-SR o incluso Heimberg *et al.* (1999) que indicaron que las puntuaciones en Ansiedad y Evitación no parecen medir constructos diferentes.

Si nos detenemos a analizar detalladamente en qué tipo de situaciones coinciden el CASO-A y la LSAS-SR, encontramos que, de nuevo, lo hacen en la evaluación de la ansiedad o temor que se experimenta en las situaciones de hablar en público, interactuar con personas de autoridad y con personas desconocidas y que se distancian más (según las bajas correlaciones) en las situaciones donde se requiere el uso de la asertividad para expresar molestia, desagrado o enfado, en aquellas en las que se puede quedar en evidencia o en ridículo y las de interacción con el sexo opuesto (con quien en el último estudio incluso no hubo correlaciones significativas). Todas estas son cuestiones que sí son evaluadas por el CASO-A. La LSAS-SR dedica sólo tres ítems (“Expresar desacuerdo a gente a la que no conoces muy bien”, “Devolver artículos a una tienda”, “Resistir la presión de un vendedor”) que podrían considerarse como conductas de asertividad, un ítem relativo a quedar en evidencia (“Ser el centro de atención”) y otro para la interacción con el sexo opuesto (“Intentar ligar con alguien”) y, por el contrario, dedica muchos ítems a temores sociales en situaciones no interactivas, como comer, beber, trabajar, escribir y utilizar urinarios públicos, mientras que el CASO-A no incluye ninguna de éstas. Este tipo de ítems fueron objetivamente descartados (por métodos estadísticos) en el proceso de construcción del cuestionario, como ya se comentó al principio de este apartado de la tesis. Esto nos lleva a concluir que el CASO-A30 y la LSAS-SR coinciden parcialmente en algunos aspectos de la ansiedad/fobia social, pero no evalúan los mismos aspectos del constructo.

Esta situación que se repite (pues antes ya se había presentado al comparar el CASO-A con el SPAI), nos lleva a intentar dar una explicación basada en las diferencias transculturales, teniendo en cuenta que los temores sociales pueden tener relación (y tiene mucho sentido que así sea) con las prácticas, reglas o costumbres idiosincráticas de una cultura, que determinan que en un contexto concreto, una situación tenga una mayor probabilidad de ocasionar temor y en otra no. Veámoslo de manera anecdótica, los países latinos celebramos prácticamente todo comiendo y bebiendo con otras personas, desde acontecimientos vitales, como el nacimiento de un hijo, la muerte de un ser querido, la boda de un amigo, conseguir un título académico, cambiar de empleo, etc., hasta

“pequeñas” cosas que nos suceden en la vida cotidiana, como comer o cenar con compañeros del trabajo o amigos, tomar un café durante un descanso dentro de la jornada laboral, el encuentro casual con un amigo, que un equipo de fútbol gane (o pierda) un partido, etc. Mientras tanto, países anglosajones celebran sólo “lo importante” y, quizás, bajo reglas más estrictas (p. ej., si te invitan a comer a casa tienen un horario que define claramente cuándo empieza y cuándo termina el encuentro). Si para países anglosajones el problema es beber en público, para nosotros posiblemente sea más “problemático” encontrar con quien ir a beber, dos cuestiones muy distintas. No consideramos que lo uno sea mejor que lo otro, pero sí insistimos en que estas diferencias pueden influir en aquello a lo que tememos.

A pesar de las diferencias comentadas respecto a la LSAS-SR, se consideró esta escala para hacer la validación del CASO-A a partir de los estudios posteriores, porque la pronta utilización del SPAI, el SPIN y la LSAS-SR en nuestra investigación, confirmó algunas de nuestras sospechas sobre las dificultades que plantearían el SPAI y el SPIN. El SPAI tenía en contra su longitud (son realmente 192 ítems -y no 45-, dado que 21 tienen un formato de respuesta múltiple) y el nivel de correlación de las puntuaciones globales del CASO-AR con el SPAI resultó ser igual que el que tuvo con la LSAS-SR, que tenía menos ítems (48 en total, teniendo en cuenta que debían contestar a 24 ítems pero evaluando separadamente dos aspectos: nivel de ansiedad y frecuencia de la evitación). Adicionalmente, utilizar la LSAS-SA nos permitiría probar si era necesario insistir (o no) en evaluar ambos aspectos (la ansiedad y la evitación) por separado. El SPIN aunque podía ser atractivo por su brevedad tenía, a todas luces, un planteamiento conceptual distinto al nuestro, así que ese era motivo más que suficiente para no elegirlo.

Una vez ha quedado demostrada la validez convergente del CASO-A, por las correlaciones moderadas con otras medidas de ansiedad/fobia social internacionalmente utilizadas, como el SPAI, la LSAS-SR y el SPIN, nos gustaría centrarnos en aquellos aspectos que evalúa nuestro cuestionario y con los que son negligentes los demás. Uno de los principales aspectos que más nos sorprende es la ausencia de un número representativo de ítems que midan los niveles de ansiedad en las situaciones de interacción con el sexo opuesto en estos otros autoinformes. Quizás, por esta razón, éste no ha sido identificado como un factor o una dimensión de la ansiedad social en estas otras medidas, a pesar de ser una de las áreas más problemáticas en la vida de las personas con ansiedad/fobia social. Concretamente, la SIAS y el SPIN incluyen un sólo ítem para medir el nivel de ansiedad en la interacción con el sexo opuesto, la LSAS-SR plantea uno que podría estar relacionado (“Intentar ligar con alguien”) pero no podríamos asegurarlo, mientras que el SPAI incluye 17 subítems que evalúan este aspecto, pero que pierden total relevancia al ser promediados con los demás subítems que

forman parte de un “ítem superior” (hay que recordar que el SPAI tiene varios ítems con formato de respuesta múltiple en los que se evalúa el temor con distintos públicos: personas desconocidas, personas con autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general). Posiblemente, al considerar un enfoque distinto, en el que cada subítem se asumiera de forma independiente (en lugar de ser promediado con los demás subítems), resultaría un factor independiente para las interacciones con el sexo opuesto, tal y como lo plantearon Caballo y Nobre (2007), en un estudio con casi 1.000 personas.

Otro factor que aparece con poca frecuencia en otros instrumentos es la “expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado”. La LSAS-SR es la única que incluye tres ítems sobre asertividad, el SPAI, el SPS y la SIAS sólo incluyen un ítem relacionado con este tema y el SPIN no incluyen ninguno. Nuevamente, este asunto resulta sorprendente dada la importancia de la asertividad, o mejor dicho, la falta de ella, en la ansiedad/fobia social. Por ejemplo, Caballo, Olivares, López-Gollonet, Irurtia y Rosa (2003) encontraron relaciones moderadas entre ansiedad/fobia social (medido con el SPAI, la LSAS-SR, la SPS y la SIAS) y la asertividad (medido con la “Escala de autoexpresión universitaria” [*College Self-Expression Scale*], CSES; Galassi, DeLo, Galassi y Bastien, 1974). Específicamente, encontraron correlaciones altas y negativas entre la CSES y la subescala de Fobia social del SPAI ($r = -0,57$), la SIAS ($r = -0,61$), la subescala de ansiedad de la LSAS-SR ($r = -0,59$) y la subescala de evitación de la LSAS-SR ($r = -0,58$).

Estos dos temas, la interacción con el sexo opuesto y la asertividad han sido incluso tratados dentro del campo de la ansiedad social. Los estudios muestran algunas diferencias en la forma de relacionarse en pareja entre personas con y sin ansiedad social. Davila y Beck (2002) encontraron que los síntomas de la AS estaban relacionados con evitar la expresión de emociones fuertes, con evitar el conflicto, con poca asertividad y la dependencia de la otra persona y que estas dos últimas variables estaban especialmente relacionadas con el estrés en las relaciones románticas. Wenzel *et al.* (2005) analizaron las diferencias entre un grupo de sujetos con y otro sin ansiedad social en las habilidades sociales y las habilidades de comunicación en el contexto de las relaciones de pareja. Entre los resultados presentados está el que los sujetos con ansiedad social tenían menos comportamientos “positivos” en la interacción con la pareja, como expresar sus sentimientos, expresar acuerdo/desacuerdo, hacer elogios, formular preguntas de clarificación, tener sentido del humor, el uso de comportamientos no verbales como la sonrisa, el contacto físico, etc. y estas cuestiones se relacionaban con la dificultad para mantener la relación.

Por último, las situaciones agrupadas en el factor “Quedar en evidencia o hacer el ridículo” (del CASO-A30) sí que están representadas en los demás cuestionarios que evalúan ansiedad/fobia

social, aunque generalmente difieren en sus nombres. Esta mayor coincidencia, es debida a que el miedo a ser observado y encontrarse en una situación embarazosa es una preocupación central entre los individuos con ansiedad/fobia social. El único inconveniente a este respecto es que las medidas existentes parecen exagerar esta cuestión y omiten las demás áreas problemáticas de estos sujetos. La SPS y el SPIN son un ejemplo de esto, pues la mayoría de sus ítems se relacionan con el temor a las situaciones embarazosas.

La *validez discriminante* (o divergente) del CASO-A se comprobó por dos métodos. Uno fue mostrar que el CASO-A tenía correlaciones más altas con las medidas de autoinforme que miden el mismo constructo (en este caso, la LSAS-SR, el SPIN y la puntuación total y la subescala de Fobia social del SPAI) que con aquellas que evalúan constructos distintos al de ansiedad/fobia social y que en este caso fueron la agorafobia (evaluada con la subescala de Agorafobia del SPAI), la depresión (evaluada con el BDI-II) y el alcoholismo (evaluado con el Cuestionario CAGE). Centrándonos en las puntuaciones globales de los autoinformes, podemos comprobar cómo el CASO-A tuvo correlaciones significativas muy bajas con la subescala de Agorafobia del SPAI y con el BDI-II (0,37 y 0,33, respectivamente) y con el Cuestionario CAGE mostró prácticamente una ausencia de relación (0,05). Si observamos las dimensiones del CASO-A encontraremos correlaciones aún menores con la subescala de Agorafobia del SPAI (entre 0,25 y 0,35), confirmando que evalúan aspectos diferentes. Esta pequeña relación puede deberse a la posible comorbilidad entre ambos trastornos y es posible que, en este caso, los sujetos con altos niveles de ansiedad social tengan más ansiedad en situaciones agorafóbicas que impliquen estar en contacto con más gente (pero más por el temor a la evaluación negativa de gente que por temor a sufrir un ataque de pánico y no poder escapar de la situación), como, por ejemplo, el estar en lugares públicos llenos de gente, estar en un transporte público o en algún lugar desconocido, que en el resto de situaciones agorafóbicas evaluadas por el SPAI (p. ej., estar en espacios abiertos, en lugares cerrados, cruzar una calle, ir en coche, sentirse atrapado, etc.). Con el BDI-II, la pequeña relación existente que mostró el CASO-A30 podría estar indicando la presencia de síntomas depresivos, algo que no es de extrañar debido a la comorbilidad que se presenta entre ambos problemas psicológicos. Lo que sí queda difícil determinar es si los síntomas depresivos han sido ocasionados, en parte, por los altos niveles de ansiedad y evitación social. El otro método, aunque menos conocido pero con un amplio respaldo estadístico, para calcular la validez discriminante, consistió en comparar la varianza media extraída (AVE) con el coeficiente de determinación (R^2) de cada pareja de variables latentes. Este método fue empleado en el primer estudio dada la dificultad que representaba pasar otros cuestionarios debido a la extensión del CASO-A, que tenía en aquél momento 512 ítems. El que todas las comparaciones mostraran que la AVE era mayor que el R^2 nos permitió afirmar que cada constructo latente

explicaba en mayor grado la medida que componían y no los demás constructos evaluados, quedando así demostrada la validez discriminante.

Respecto a la *validez concurrente* del CASO-A30, cabe destacar el nivel de relación moderado y alto que mostró el CASO-A30 con la “Entrevista diagnóstica para los trastornos de ansiedad según el DSM-IV a lo largo de la vida” (ADIS-IV-L), concretamente con el apartado para la fobia social. Hasta la fecha, la ADIS-IV-L está considerada internacionalmente como el patrón tipo (*gold standard*) o criterio para la evaluación de los trastornos de ansiedad, según el DSM-IV. Los altos porcentajes de sujetos que fueron identificados tanto por el CASO-A30 como por la ADIS-IV-L (estudios 12 y 13), como individuos con fobia social y sin fobia social, nos permiten hacernos una idea de que el CASO-A30 logra identificar correctamente a muchos de los que sí tienen el trastorno y descartar aquellos que no lo tienen. Basta con comparar cómo se distribuyeron los sujetos según si tenían (o no) fobia social y la especificación de los subtipos, en los estudios 12 y 13. Allí observamos que el CASO-A30 y la ADIS-IV-L tienen más coincidencias que discrepancias en esta clasificación y que las coincidencias fueron mejores con la muestra de clínica (estudio 13) que con la muestra no clínica (estudio 12). En la muestra clínica, el CASO-A30 identificó de forma perfecta a todos los sujetos diagnosticados con fobia social (según el DSM-IV) mediante la entrevista y tuvo una sensibilidad del 81,0% para identificar a aquellos con fobia social generalizada (identificó a 17 de los 21 casos). En la muestra no clínica ocurrió que de los 51 sujetos diagnosticados con fobia social, mediante la entrevista, el CASO-A30 identificó a 36, es decir que su sensibilidad fue del 70,6% y su especificidad del 78,8%. Revisando detalladamente la distribución de los participantes según el subtipo de fobia social, la sensibilidad del CASO-A30 para identificar a los sujetos con fobia social no generalizada fue del 57,4% y del 50,0% para la fobia social generalizada y su nivel de especificidad fue de 78,8%.

Para dar mayor peso a la validez concurrente, en el estudio 12, calculamos también la correlación chi cuadrado del CASO-A30 con la ADIS-IV-L y vimos cómo presentaban un nivel moderado de asociación, lo que nos permitía pensar que aquellos sujetos que habían sido diagnosticados con fobia social mediante la entrevista serían identificados por el cuestionario. En otras palabras, el CASO-A30 parece ser un instrumento adecuado para ser utilizado en el cribado de los pacientes. Esto significaría que en España, Portugal y América Latina dispondríamos de una nueva alternativa para la evaluación eficaz de quienes acuden a la consulta psicológica quejándose por dificultades relacionadas con la ansiedad social, como, por ejemplo, sentimientos de soledad y aislamiento social, inadecuación interpersonal, dificultades para hacer amigos o conseguir pareja, problemas académicos o profesionales al sentirse atemorizados y verse incapaces de presentar un

trabajo, un proyecto o un examen de forma oral, o por verse inhibidos al intentar cosas nuevas en sus vidas por temor a la evaluación negativa por parte de los demás, etc.

La entrevista es el instrumento de evaluación por excelencia. Sin embargo, las entrevistas diagnósticas (semiestructuradas y estructuradas) plantean una mayor dificultad para su uso habitual que un instrumento de autoinforme, tanto en el ámbito clínico público como privado, porque requieren demasiado tiempo para su realización. En nuestro estudio, el tiempo promedio de aplicación de la ADIS-IV-L, que incluía 7 trastornos de ansiedad, dos trastornos depresivos, el trastorno mixto de ansiedad y depresión y 2 trastornos relacionados con el consumo de alcohol y sustancias, fue de una hora con los estudiantes universitarios y superior con la muestra clínica. Teniendo en cuenta que el CASO-A30 resulta fiable en la identificación de los posibles sujetos con elevados niveles de ansiedad social, bien podría ser una elección de primera línea dentro de los instrumentos de evaluación clínica. Este planteamiento se ve reforzado por varios aspectos. En primer lugar permitiría detectar posibles problemas de ansiedad social en el individuo, en segundo lugar, el clínico podría identificar qué áreas o dimensiones en concreto son las más (y las menos) problemáticas para esta persona (con base en la estructura penta factorial del cuestionario comentada anteriormente) y, en tercer lugar, daría información muy valiosa al psicólogo para el diseño del tratamiento. A este respecto, nuestro grupo de investigación ya está trabajando en la propuesta de un nuevo programa de tratamiento (en formato grupal) para la ansiedad social, que incluye básicamente técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, exposición y EHS (Caballo, Salazar, Garrido e Irurtia, 2012) y que son las que tienen apoyo empírico (p. ej., Andersson *et al.*, 2006; Clark *et al.*, 2006; Davidson *et al.*, 2004; Gruber *et al.*, 2001; Heimberg *et al.*, 1998; Herbert *et al.*, 2005; McEvoy, 2007; *Society of Clinical Psychology, American Psychological Association, Division 12*, 2013), pero que en este caso marcarían una diferencia al orientar el trabajo en las cinco dimensiones de la ansiedad social.

Para tener un punto de referencia, decidimos analizar el nivel de asociación que presentaba la LSAS-SR con la ADIS-IV-L y compararla con la relación hallada entre el CASO-A30 y la entrevista (estudio 12). Los resultados mostraron que nuestro cuestionario tenía un mayor nivel de relación con la ADIS-IV-L que la mostrada entre la LSAS-SR y la entrevista, en esta muestra no clínica. Realizar este tipo de análisis con una muestra clínica es una actividad que nos queda pendiente y consideramos importante para darle una mayor solidez al cuerpo empírico relativo a la validez de criterio.

A pesar del nivel de relación entre ambos métodos de evaluación (entrevista y autoinforme), queremos señalar que también hay una brecha en la identificación de sujetos con fobia social por

parte del CASO-A30 y la ADIS-IV-L. Tal situación puede deberse, en parte, a que el apartado de fobia social de la entrevista carece de situaciones relacionadas con la interacción con el sexo opuesto y de situaciones embarazosas o en las que pueda quedar en ridículo y, por el contrario, tiene sobrerrepresentadas las situaciones de hablar en público o con personas de autoridad y participar en clase/reuniones (3 ítems), así como situaciones de interacción que los entrevistados comentan como ansiógenas si se trata de personas desconocidas (o poco conocidas), como sucede en los ítems referidos a iniciar una conversación, mantener una conversación o quedar con alguien (3 ítems), además del ítem específico de hablar con una persona desconocida (un ítem). También ocurre que la entrevista incluye algunos de los aspectos que no parecen ser tan relevantes para los hispanohablantes, como comer en público, escribir en público y utilizar aseos (3 ítems). En total son 11 situaciones (de las 12 que incluye la entrevista) que dejan poco margen para conocer el temor, nerviosismo o malestar en otro tipo de situaciones sociales. La última situación de la entrevista que faltaría por comentar es la referida a la asertividad (un ítem), sobre la que afortunadamente se proponen dos subítems (“decir que no” y “pedir un cambio de comportamiento”) que permiten al clínico hacerse alguna idea de si hay o no un problema en dicho aspecto. Adicionalmente, si tomásemos en consideración el nivel de temor indicado por las puntuaciones asignadas por los entrevistados, tanto pacientes como estudiantes universitarios, a las situaciones sociales, tendríamos que replantear si sería necesario aumentar el criterio de una puntuación de “4” (e incluso 5, en la escala Likert de 0 a 8) en una situación para que ésta fuera considerada como una situación temida. Muchos de los sujetos que según la ADIS-IV-L tienen FSNG y que el CASO-A30 señala como sin fobia social, han tenido puntuaciones de 4 y 5 en dichas situaciones y al evaluar la influencia de dichos temores también los han puntuado de manera similar, aunque de forma cualitativa no manifiestan un impacto muy importante en sus vidas cotidianas. Esto en parte puede deberse a que los iberoamericanos estamos muy poco habituados a realizar valoraciones utilizando una escala Likert de 9 puntos y todo ello podría estar contribuyendo a que con la entrevista se hayan identificado más sujetos con fobia social no generalizada cuando podría tratarse de temores sociales sin importantes implicaciones clínicas.

Para finalizar la discusión en lo que respecta a la validez concurrente, hay una cuestión que nos gustaría comentar dado que pudiera estar afectando a los resultados de este trabajo: la subjetividad al realizar los diagnósticos clínicos (además de la subjetividad del entrevistado, comentada en el párrafo anterior). Si bien hemos definido operativamente (*a priori* y con la ayuda de un experto reconocido en el campo, el Dr. S. G. Hofmann, director del Programa de Ansiedad Social del Centro para los Trastornos Ansiedad y Trastornos Relacionados de la Universidad de Boston [*Center for Anxiety and Related Disorders at Boston University*]), todos los criterios que se debían utilizar para

asignar un diagnóstico de fobia social a cada entrevistado, consideramos que el diagnóstico puede verse afectado por la percepción subjetiva y la experiencia profesional del clínico, sobre todo a la hora de juzgar el impacto (incluido el grado de generalización) de la ansiedad experimentada en las situaciones sociales. Así, el conocimiento del clínico sobre las áreas o dimensiones de la ansiedad social (a partir del CASO-A30) le permite juzgar las situaciones sociales no sólo como cuestiones puntuales sino como temores que, en conjunto, afectarían, de manera importante, a un individuo. Por ejemplo, si un entrevistado indicaba altos niveles de ansiedad al dar una charla, al hablar con superiores o al participar en clase o en una reunión, el clínico podría considerar como significativo su temor en una sola dimensión y no en tres aspectos diferentes. Pero no sería así si el entrevistado sólo indicaba un temor alto a dar una charla y no en los otros dos aspectos. Si nos remitimos a cuestiones metodológicas, tenemos que decir que nuestro estudio carece, en cierta medida, de las condiciones que pudieran ayudar a controlar en alguna medida estas variables. Un ejemplo de ello sería contar con el criterio de al menos dos psicólogos para la realización de los diagnósticos clínicos.

El quinto y último objetivo de esta tesis fue hallar los *puntos de corte del nuevo* cuestionario para la identificación de sujetos con ansiedad/fobia social en los distintos países iberoamericanos. Posiblemente esta sea una de las innovaciones más claras del CASO-A30 con respecto a los demás autoinformes utilizados en el campo de la ansiedad social, pues la ansiedad social es considerada con base en cinco dimensiones y, consecuentemente, se obtienen cinco puntuaciones distintas, una para cada dimensión, además de la puntuación total. De esta forma, el cuestionario muestra información acerca de la clase de situaciones sociales que teme un individuo y se puede saber si la ansiedad social es más o menos generalizada, dependiendo del número de dimensiones en las que obtenga puntuaciones por encima del punto de corte de cada dimensión. El CASO-A30, como hemos dicho, también tiene una puntuación global, pero ésta no da mucha información, posiblemente la misma que las otras medidas de autoinforme. Así, tomando como referencia los puntos de corte del estudio 11, un hombre podría tener una puntuación muy alta en una dimensión (p. ej., de 28 en la dimensión “Hablar en público/Interacción con personas de autoridad”) y una puntuación media pero por debajo del punto de corte (p. ej., de 17) en las otras cuatro dimensiones. La puntuación global de esta persona sería de 96 al sumar las cinco dimensiones, lo que estaría por encima del punto de corte global del cuestionario establecido para los hombres (90). Si sólo tomáramos en cuenta la puntuación global, ¿qué podríamos decir sobre su ansiedad social?, ¿tiene ansiedad social generalizada o específica? Por el contrario, si tenemos en cuenta las cinco dimensiones, podríamos decir que tiene un miedo importante a sólo una clase de situaciones, es decir, a hablar en público e interactuar con personas de autoridad. Tener en cuenta la puntuación en cada una de las cinco

dimensiones es mucho más informativo y útil para los clínicos y para los propósitos de la investigación que tener presente únicamente la puntuación global del cuestionario.

Veamos ahora otro caso, que ejemplificaría la ventaja de utilizar este sistema o método de evaluación que propone el CASO-A30, en contraposición con atender únicamente a un sistema de puntuación global. Si una mujer obtiene una puntuación superior al punto de corte en una o dos dimensiones (p. ej., 23 en “Interacción con el sexo opuesto” y 21 en “Interacción con desconocidos”) pero su puntuación total es de 95, es decir, que estaría por debajo del punto de corte global del cuestionario establecido para las mujeres. Si nos fijamos únicamente en la puntuación global, podríamos estar descartando la posibilidad de que esta mujer tuviera una fobia social no generalizada y, por tanto, privándola de recibir un tratamiento que significaría para ella tener una mejoría en el manejo de sus relaciones interpersonales y de su calidad de vida en general dada la importancia de estos aspectos. Una situación muy distinta plantea la utilización del CASO-A30 y su forma de calificación, pues estaríamos reduciendo los falsos negativos, que parecen estar a la orden del día con respecto a la fobia social no generalizada. Para terminar de entender este asunto, también analizamos cómo los falsos positivos son otro tema relativamente mejor abordado con nuestro método de identificación de sujetos con ansiedad social a través de las puntuaciones dimensionales en vez de las globales. Pensemos que existe la posibilidad de que una mujer tenga un temor medio en muchas situaciones sociales, sin llegar a constituir un nivel clínico (p. ej., obtiene puntuaciones que están un punto por debajo del punto de corte de cada dimensión). La suma del temor en las distintas situaciones puede darle una puntuación global alta como para ser considerada con fobia social. De hecho, estamos seguros que si la evaluáramos también con la LSAS se diría que tiene una FS no generalizada porque habrá superado el umbral de 30, propuesto por Mennin *et al.*, 2002; Rytwinski *et al.*, 2009, que nos parece muy bajo para su propósito de identificar a sujetos con ansiedad social. En cualquier caso, atenerse a la puntuación global nos habría resultado en un falso positivo, ya que la mujer no llega a un nivel clínicamente importante de ansiedad en ninguno de los tipos de situaciones sociales. ¿Qué decisión debería tomar el psicólogo?, ¿le daría o no tratamiento a esta mujer? y aún más interesante es la pregunta de ¿por qué dar tratamiento a esta última y no a la primera mujer a la que nos referimos?

A lo largo de nuestra investigación han sido dos los momentos en los que se han definido los puntos de corte del CASO-A30. En el estudio 8 se plantearon unos puntos de corte iniciales con el objetivo de ir aproximándonos a la posibilidad de realizar un diagnóstico de fobia social a partir del cuestionario y, posteriormente, en el estudio 11 se presentan los obtenidos con una muestra mayor, pero que fueron muy similares a los del trabajo previo. En las dimensiones, tanto de hombres como

de mujeres, apenas hubo variaciones de una o dos unidades en los puntos de corte y en las puntuaciones globales la variación fue de dos puntos. En los hombres, la puntuación global disminuyó dos puntos y en las mujeres aumentó dos puntos, mostrando una mayor tendencia a la diferencia de sexos. En cualquier caso, queremos señalar que los puntos de corte definidos en ambos estudios garantizan el mejor balance entre sensibilidad y especificidad y clasifican correctamente a un elevado porcentaje de hombres y mujeres con fobia social, así como hombres y mujeres sin ella. De ahí que queda a criterio de clínicos e investigadores la elección del sistema de puntuación que considere más apropiado para su muestra, sabiendo que estos puntos de corte no suponen diferencias insalvables, como si puede suceder con otras medidas como la LSAS-SR (p. ej., puntuación de 30 propuesta por Mennin *et al.*, 2002 vs. puntuación de 42 propuesta por Kummer *et al.*, 2008), el SPAI (p. ej., puntuación de 60 propuesta por Turner, Beidel *et al.*, 1989 vs. puntuación de 80 propuesta por Peters, 2000) o el SPIN (p. ej., puntuación de 19 propuesta por Connor *et al.*, 2000 vs. puntuación de 25 propuesta por Sosic *et al.*, 2008).

Como bien observamos, en ambos estudios se establecieron puntuaciones diferenciales para hombres y mujeres. Esta decisión se basó en que a lo largo de nuestros trabajos hemos encontrado diferencias significativas en ansiedad social entre hombres y mujeres, diferencias que también han sido informadas en la literatura (p. ej., Beidel y Turner, 1992; Baños *et al.*, 2007; Caballo *et al.*, 2008; Essau, Muris y Ederer, 2002; Gültekin y Dereboy, 2011; Schmidt y Richey, 2008; Vieira, Salvador, Matos, García López y Beidel, 2013), teniendo en cuenta las puntuaciones globales de las medidas de autoinforme así como las subescalas o factores de dichas medidas. Lo que resulta más sorprendente es que hasta la fecha ninguna otra medida de autoinforme de ansiedad social para adultos reflejara estas diferencias distinguiendo los puntos de corte según el sexo. La única medida de autoinforme que considera estas diferencias es la SASC-R que se utiliza para medición de la ansiedad social en niños (La Greca y Stone, 1993). Lo anterior resulta inquietante, pues varios estudios han advertido que se requiere tener precaución con la utilización los puntos de corte que son iguales para ambos sexos cuando se trata de realizar el cribado de las niñas, puesto que una proporción amplia de niñas (aunque no de niños) posiblemente tendría un nivel de ansiedad social clínicamente significativo (véase Morris y Masia-Warner, 1998).

Entendemos que tener puntos de corte diferentes para hombres y mujeres resulte menos práctico en los contextos clínicos, pero sería más cercano a lo que sucede en la vida real. En los distintos estudios que forman esta tesis doctoral, tanto con muestras no clínicas como clínicas, hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en al menos dos dimensiones de ansiedad/fobia social y en la puntuación global del cuestionario, aunque también debemos decir que, teniendo en

cuenta la d de Cohen, estas diferencias resultan pequeñas. En vez de ignorar tales diferencias, tal vez deberíamos tenerlas en cuenta y aprovecharlas en el momento de evaluar la ansiedad social entre la población general y en los contextos clínicos, sin perder de vista que cuando la gente busca ayuda profesional su ansiedad social es muy elevada, independientemente de si es hombre o mujer.

La utilidad transcultural de la nueva medida de autoinforme para evaluar la ansiedad/fobia social

Además del objetivo de crear empíricamente una medida de autoinforme para la evaluación de la ansiedad/fobia social, un propósito importante de nuestras investigaciones era crear una medida que tuviera en consideración los aspectos socioculturales idiosincráticos de España, Portugal y Latinoamérica. Como hemos dicho antes, los instrumentos actualmente usados han sido creados en países anglosajones y veíamos necesario tener uno propio para países hispanohablantes, dado que dichos autoinformes incluían ciertas situaciones sociales que no resultaban relevantes en las muestras clínicas y no clínicas de los países iberoamericanos. A través de toda nuestra investigación sobre la evaluación de la ansiedad/fobia social, no hemos encontrado como relevantes para la mayoría de las personas situaciones como “beber en lugares públicos”, “orinar en un baño público”, “escribir mientras le observan” ni “trabajar mientras le observan”, todas ellas incluidas en las medidas de autoinforme más usadas a nivel internacional (p. ej., LSAS-SR, SPAI, SPIN, SPS) así como en la entrevista semiestructurada ADIS-IV-L (Di Nardo *et al.*, 1994). Concretamente, la situación de “beber en público” no parece ser un problema típico entre los individuos socialmente ansiosos en estos países. Cuando este ítem formaba parte del cuestionario, en su versión de 512 ítems (CISO-A) y de 72 ítems (CASO-AR), presentó una de las correlaciones más bajas ítem-total. Las personas de países iberoamericanos dedican una parte importante de su tiempo de ocio a estar en sitios públicos (cafeterías, bares, pubs, discotecas, etc.) en los que se bebe delante de y con otras personas. Por lo tanto, rara vez es un problema, incluso entre individuos socialmente fóbicos. En otras palabras, en los países de habla española y portuguesa, lo difícil para la persona con ansiedad/fobia social no es el hecho de que le observen mientras bebe en público, sino tener amigos para salir en grupo (con los que seguramente beberá en público sin especiales problemas). Esta pudiera ser una diferencia transcultural entre países latinos y anglosajones o bien que no se ha profundizado suficientemente en el tema por parte de estos últimos y, desafortunadamente, son cuestiones que se perpetúan en la conceptualización de la ansiedad/fobia social debido a que en los sistemas diagnósticos, como la CIE y el DSM, se mantiene de manera inamovible esta clase de situaciones.

Una situación similar se presentó con otros ítems, como “comer en público” y “usar aseos públicos”. En suma, este tipo de ítems no reflejaba un comportamiento representativo de personas socialmente ansiosas en los países participantes en nuestros estudios. Estos hechos se vieron reforzados cuando nos detuvimos a analizar las situaciones sociales evaluadas con la entrevista, utilizada como patrón tipo (*gold standard*) o criterio. Encontramos que entre las situaciones menos temidas, tanto por la muestra clínica como la no clínica, estuvieron “escribir”, “comer” y “utilizar aseos públicos”. La puntuación media de temor de estas situaciones en la muestra clínica no alcanzó ni siquiera el punto de corte de 4, el cual debía ser utilizado para considerar una situación social ansiógena como clínicamente importante.

Aunque este tema ha sido discutido antes, volvemos a centrar la atención sobre la importancia de medir situaciones sociales que realmente sean relevantes para una cultura distinta a la anglosajona, donde se han creado la mayoría de estos instrumentos. Nuestro trabajo ha permitido destacar al menos dos dimensiones fundamentales de la ansiedad social (incluidas en el CASO-A30), como son la “Interacción con el sexo opuesto” y la “Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado”, que están generalmente subrepresentadas en esos otros instrumentos. Sabemos que tal vez el término “sexo opuesto” no es políticamente correcto y puede ser una de las razones para que no se incluya en los cuestionarios. Aunque en el CASO-A30 hemos intentado incluir en su lugar frases como “una persona que me atrae” o “alguien por quien me siento atraído”, no siempre ha sido posible. Para aquellos que se sienten atraídos por personas del mismo sexo, “sexo preferido/que le atrae” en lugar de “sexo opuesto” sería una opción de sustitución, pero no fue posible incluirlo en el cuestionario debido a que su desarrollo fue empírico y la mayoría de las personas no utilizó este tipo de expresiones.

Aportes al desarrollo conceptual del campo de la evaluación de la ansiedad social desde una perspectiva empírica

Una cuestión central surgida a partir de nuestras investigaciones es el tema de la multidimensionalidad vs. la unidimensionalidad de la ansiedad/fobia social. Tal y como pudo observarse, durante las distintas fases de construcción y validación, el CASO-A30 mostró un fuerte apoyo empírico a la multidimensionalidad de la ansiedad/fobia social. En la literatura, la ansiedad/fobia social es considerada como un problema clínico cuando se presenta un temor excesivo y poco razonable en situaciones en las que se interactúa con otras personas o se pudiera estar bajo el escrutinio de los demás, hasta tal punto que dicho temor interfiera con la vida cotidiana del individuo. Para ello se han elaborado distintos listados de situaciones sociales (incluidos en

entrevistas, cuestionarios, escalas e inventarios), con el fin de medir los niveles de ansiedad (y en algunos casos medir también la evitación) que se producen en ellas. Esto, sin duda, es un buen comienzo, pero desafortunadamente la forma en que han sido elaborados los instrumentos (con métodos hipotético-deductivos) y los análisis estadísticos empleados no han sido útiles para averiguar si la ansiedad social es un concepto único y/o jerárquico o si está formado por otros varios conceptos. Los modelos estadísticos probados en nuestras investigaciones fueron variados, incluían desde modelos unidimensionales hasta modelos jerárquicos y pasando por factores interrelacionados. Si bien en algún caso el modelo de cinco factores relacionados de primer orden y otro de segundo orden parecía tener un buen ajuste, el modelo que tuvo el mejor ajuste a los datos fue el de cinco factores relacionados (sin ningún otro factor de orden superior).

La multidimensionalidad de la ansiedad/fobia social ha quedado demostrada con la población adulta, pero también parece ocurrir con la población infantojuvenil. Nuestro equipo de investigación ha desarrollado recientemente el CASO-NIV (Caballo, Arias *et al.*, 2012; Caballo, Salazar *et al.*, en evaluación) y su estructura hexafactorial incluye las cinco dimensiones presentes en el CASO-A30 y una adicional, denominada “Actuar en público”. Parece que en los niños las situaciones relativas a “Hablar en público” y “Actuar en público” se separan en dos factores diferentes, mientras que en los adultos ambos tipos de situaciones permanecen como parte del mismo factor, “Hablar en público/Interactuar con personas de autoridad”. Esto se debe, quizás, a que para los niños algunas situaciones de actuación pueden ser relativamente frecuentes y relevantes en sus vidas (p. ej., cantar en público, participar en una obra de teatro, tocar algún instrumento musical), mientras que esto no sucede en los adultos. Para los niños, actuar y hablar en público parecen clases de conductas distintas, mientras que no es así para los adultos. Un aspecto de interés que estamos investigando actualmente es cuándo se empieza a unir en una misma dimensión el hablar y el actuar en público. Unos primeros datos parecerían indicar que podría ocurrir entre los 14 y los 16 años, pero todavía estamos en una fase piloto para resolver esta duda.

Otro aspecto particular sobre el que nos gustaría comentar se refiere a la dimensión de “Hablar en público/Interacción con personas de autoridad”. Esta es una de las dimensiones claves del CASO-A30 y resulta muy similar al nuevo especificador “situaciones de actuación” (si el temor se restringe a hablar o actuar en público) del “Trastorno de ansiedad social (fobia social)” del DSM-5 (APA, 2012). Si consideramos los puntos de corte obtenidos en los estudios 8 y 11 y analizamos la “prevalencia” de este tipo de temor en las muestras clínicas, encontramos que no era más “frecuente” que las otras cuatro dimensiones del cuestionario. Esta situación contrasta con lo que se obtuvo en la entrevista, donde las medias de intensidad del temor en estas situaciones son bastante

altas (en el estudio 12 con la muestra no clínica y en el estudio 13 con la muestra clínica) en comparación con las demás situaciones evaluadas. La explicación que damos a esta aparente controversia es que posiblemente estas situaciones no es que sean las más frecuentes sino que están sobrerrepresentadas en la entrevista (así como en otros autoinformes), a diferencia de lo que sucede con otro tipo de situaciones sociales. De ahí que nos planteemos que si la elección de este especificador para el DSM-5 se basó en que tuviera una “mayor prevalencia”, entonces posiblemente las cinco dimensiones de nuestro cuestionario bien podrían ser prescriptores para un sistema de diagnóstico, dando de esta manera mucha más información sobre el tipo de situaciones temidas por el individuo. No importaría, incluso, si la fobia social es generalizada o no generalizada (una diferenciación que, a nuestro entender, ha desaparecido en el DSM-5 y que comentaremos más adelante), puesto que la identificación de las dimensiones específicas puede decirnos más acerca de la magnitud de la ansiedad social y podría ayudar significativamente al tratamiento, adaptando su contenido según los tipos de situaciones temidas. Además, informaría sobre los resultados del tratamiento, que podrían diferir en los tipos de situaciones temidas por las personas con ansiedad/fobia social, y que se verían reflejados con mayor precisión por las puntuaciones en los factores individuales que por la puntuación global del CASO-A30. De la misma manera, las puntuaciones de los factores individuales podrían facilitar la identificación de las variables que desencadenan o mantienen la ansiedad social en diferentes situaciones (Caballo *et al.*, en evaluación; Caballo, Salazar *et al.*, 2012).

Como anunciamos antes, un tercer tema que nos gustaría comentar es la desaparición de la especificación del subtipo “generalizado” para el TAS o FS en el DSM-5 (APA, 2012) y que antes ya había sido anunciado por las personas responsables del grupo que establecieron los criterios diagnósticos del TAS/FS (Bögels *et al.*, 2010). Si bien es cierto que no existía ningún criterio definido para la especificación del subtipo generalizado, que se dejaba a criterio del clínico (con todo lo que aquello podía implicar) y que no había muchas pruebas sobre su utilidad, su desaparición priva de conocer el nivel de gravedad del trastorno. Desde nuestra perspectiva, el problema central era que la especificación del subtipo generalizado estaba basado en la cantidad (más que en el contenido temático) de los miedos sociales, pues se indicaba que debía hacerse tal especificación para los casos en que “los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales” (APA, 2000, p. 451). Ante esto, posiblemente una opción más interesante científicamente habría sido operativizar el término siguiendo las directrices no del número de situaciones sino del número de dimensiones sociales que teme el individuo. A lo anterior se añade otro gran problema y es que los análisis factoriales de distintos estudios no han coincidido, por lo general, en las dimensiones o factores básicos de la ansiedad/fobia social. Factores encontrados con cierta frecuencia se plasman en “ser el

centro de atención”, “interacción con desconocidos”, “evitación de las interacciones sociales”, “síntomas cognitivos y somáticos”, “síntomas fisiológicos”, “hablar/actuar en público”, “beber y comer en público”, “fiestas o situaciones informales” e “interacciones sociales en general”. Para el DSM-5 (APA, 2012) se ha asumido (sin tener una base empírica sólida y teniendo en cuenta únicamente ciertas investigaciones realizadas por algunos de los responsables de establecer los criterios diagnósticos), que los sujetos con TAS/FS pueden temer a tres tipos de situaciones: interacción, actuación y observación. Este asunto es muy cuestionable si empezamos por analizar ¿qué situación de interacción o de actuación no está sujeta a observación? y más si a esto le sumamos que, hoy en día, no existe ningún instrumento (entrevista o autoinforme) que permita obtener esta información como parte del proceso de evaluación de los individuos con TAS/FS. A este respecto, esta tesis doctoral y el trabajo realizado por nuestro equipo de investigación podrían contribuir con este nuevo cuestionario, el CASO-A30, de naturaleza empírica, que permite identificar con claridad cuáles son las posibles áreas o dimensiones que teme un individuo con ansiedad social.

Aportes al tema de las diferencias de sexo en ansiedad social

De acuerdo con la revisión del campo, las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la ansiedad social no parecen estar tan claras, tanto entre la población general como entre la población clínica. Un problema importante, a la hora de hacer las comparaciones según el sexo es el uso de las medidas empleadas, pues suelen ser distintas. Quizás la medida más utilizada sea el SPAI, con el cual se han encontrado pruebas de que tales diferencias existen (p. ej., Baños *et al.*, 2007) y en otras ocasiones de que no existen (p. ej., Gillis *et al.*, 1995; Herbert *et al.*, 1991; Picon *et al.*, 2005). Con las muestras de pacientes, las diferencias parecen más difusas aunque Turk *et al.* (1998) señalaron que si existían. Tal y como sucede entre las muestras no clínicas, aunque las diferencias no lleguen a ser siempre significativas (p. ej., Baños *et al.*, 2007), lo que se mantiene es que las mujeres puntúan más alto que los hombres en las medidas de autoinforme. Estas cuestiones sin duda nos motivaron a evaluar si había o no diferencias entre los hombres y mujeres que participaron en nuestras investigaciones, para así aportar algo a este tema y salvar en parte la dificultad metodológica comentada inicialmente sobre cómo la medición de la ansiedad social ha sido realizada con distintos autoinformes.

Nuestros estudios muestran cómo las diferencias entre hombres y mujeres se han mantenido constantes (Caballo, Arias *et al.*, en evaluación), quizás de modo más claro entre las muestras generales que entre las clínicas. Sin duda alguna hay al menos dos dimensiones de la ansiedad social (según el CASO-A30) que nos diferencian, a saber, la “Interacción con el sexo opuesto” y “Quedar en

evidencia o en ridículo”, así como la puntuación global, teniendo siempre las mujeres puntuaciones superiores a los hombres que indican mayores niveles de ansiedad social en dicho tipo de situaciones y en general. A este respecto, parece que nuestros datos apoyan lo encontrado en la literatura. Una posibilidad que nos queda por explorar es lo que sucedería si los análisis sobre las diferencias de sexo con otros autoinformes se realizaran teniendo en cuenta los factores o las subescalas que los forman. Nos inclinamos por esta alternativa puesto que los antecedentes empíricos sobre la ansiedad social en niños/adolescentes muestran que desde temprana edad es posible ver las diferencias entre chicos y chicas, siendo generalmente las niñas las más afectadas por la ansiedad social (p. ej., García-López *et al.*, 2001; Inglés *et al.*, 2010). Recientemente, nuestro propio equipo de investigación aportó pruebas al respecto, al evaluar las diferencias de sexo en una muestra de 1067 niños españoles entre 9 y 15 años de edad ($M= 11,80$; $DT= 1,33$) y encontrar que las chicas puntuaban significativamente más alto que los chicos en todas las dimensiones de la ansiedad social (excepto en la de “Actuar en público”) y en la puntuación global del cuestionario (Caballo, Arias *et al.*, 2012).

La importancia de analizar las diferencias de sexo en las distintas dimensiones de la ansiedad social y no a través de las puntuaciones globales de los cuestionarios está en que estas diferencias son sutiles y no se alcanzan a ver reflejadas, sobre todo en las muestras clínicas, en las puntuaciones globales. No hacer esto sería una negligencia que bien podría afectar tanto a la identificación de personas con problemas muy específicos en ciertas situaciones sociales y no en otras como al diseño de los tratamientos para quienes ya han sido detectados como sujetos con TAS/FS.

La impresión que nos queda es que, a veces, asumir que existen diferencias parece molestar a algunos investigadores, pero las pruebas nos remiten a considerar que sería más beneficioso aceptarlas, pues es lo más parecido a la realidad y, por tanto, reconocerlas nos permitiría realizar cribas más acertadas, hacer mejores evaluaciones y, por supuesto, dar un tratamiento en función de las necesidades específicas de los pacientes. En este punto hay que recordar que aunque la presencia del TAS entre las mujeres sea mayor que entre los hombres, en el momento en que solicitan tratamiento estas cifras cambian (e incluso se invierten), puesto que tanto hombres como mujeres lo hacen porque sus niveles de ansiedad social son tan altos que observan un impacto negativo de este trastorno en sus vidas. No obstante, la intensidad de los temores y la idiosincrasia de los miedos sociales experimentados por ambos sexos pueden ser diversas.

Aspectos positivos de la investigación

Básicamente podrían considerarse como las principales ventajas de esta investigación, las siguientes:

- 1) Se obtuvo una nueva medida de autoinforme “autóctona” de ansiedad/fobia social, denominada “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30), que parece ser muy útil para los distintos países de habla española y portuguesa y que es sensible a las diferencias de sexo.
- 2) Al comparar el CASO-A30 con las otras medidas de autoinforme, que tradicionalmente se utilizan para evaluar la ansiedad social, vemos que aquél permite identificar no sólo los casos de individuos con ansiedad social generalizada (como lo hacen las otras medidas) sino aquellos que presentan fobias sociales discretas y que no pueden identificarse correctamente con esas otras medidas.
- 3) El haber trabajado con muestras clínicas ayudó a elegir objetivamente (a nivel estadístico) y sin pasar por alto el criterio de expertos, aquellos ítems que son discriminantes y permiten identificar individuos con un trastorno de ansiedad social versus aquellos sin el trastorno. Estamos especialmente interesados en la detección de individuos con fobia social circunscrita, una tarea no muy bien lograda por medidas de autoinforme existentes (Bhogal y Baldwin, 2007).
- 4) Dada la forma en que se formularon y seleccionaron los ítems, así como los procedimientos estadísticos de análisis y la estructura factorial robusta observada en muestras grandes de los distintos países, creemos que el CASO-A30 describe adecuadamente la estructura de ansiedad/fobia social en personas de habla hispana. En este punto, habrá que tener en cuenta que se siguieron las directrices para la validación de la medida propuestas por algunos autores (p. ej., DeVellis, 2003; Haynes *et al.*, 1995).

Limitaciones de la investigación

Como cualquier trabajo de investigación, el nuestro tiene algunas de las limitaciones que presentamos a continuación.

- 1) Respecto a la validez convergente hay que decir que existe una limitación que viene impuesta por el hecho de que se comprobó (al no existir más opción) con otras medidas de autoinforme (todas de origen anglosajón) sobre las que se comentaron sus propias deficiencias, como la inestabilidad y variabilidad de sus factores y el que su propia validez convergente estuviera en función del SPAI, que también es inestable factorialmente. En cualquier caso, siendo éste el

estado actual del campo de la evaluación de la ansiedad/fobia social, tendremos que abogar por que al menos se han seleccionado las que parecen ir más acorde con la evaluación del centro del temor de quienes sufren de este trastorno.

- 2) No se llevaron a cabo procedimientos que permitieran confirmar la ausencia de un trastorno de ansiedad social en las muestras no clínicas, excepto en el estudio 12, donde se utilizó la ADIS-IV-L. Sin embargo, según los últimos estudios epidemiológicos, la prevalencia del TAS en España (0,6%; Haro *et al.*, 2008) y otros países de América Latina (p. ej., 2,8% en Colombia, Posada-Villa *et al.*, 2008; 1,4% en hombres y 2,6% en mujeres de México, Medina-Mora *et al.*, 2008) es tan baja que probablemente no tendrá ningún impacto significativo sobre las medias de las muestras comunitarias.
- 3) Las muestras de pacientes estaban formadas por sujetos que asistían a tratamiento en clínicas comunitarias en lugar de centros de investigación. Aunque esto maximiza la validez externa del estudio, no pudimos comprobar la fiabilidad o la validez del proceso de diagnóstico utilizado en estas clínicas, con excepción del estudio 13 en el cual se utilizó la ADIS-IV-L, pero con el problema de ser una muestra muy pequeña. Con el fin de equilibrar el posible efecto diferencial de este proceso, se utilizó la puntuación de corte propuesta para la LSAS-SR (Mennin *et al.*, 2002; Rytwinski *et al.*, 2009) como un requisito previo para la muestra de pacientes. El diagnóstico de fobia social (trastorno de ansiedad social), según los criterios del DSM-IV-TR o de la CIE-10, fue un requisito para seleccionar las muestras de pacientes, pero las diferencias en recursos, personas y países nos impidieron abordar esta cuestión con tal rigor en investigación. Un ejemplo de ello fue la muestra tan reducida que se consiguió en el último estudio, tal y como lo comentamos antes.

Perspectivas futuras para la investigación

Si bien es cierto que el camino recorrido ha sido largo, aún falta otra parte de él por recorrer. Estas son algunas de las cuestiones que nuestro equipo de trabajo tiene la intención de continuar desarrollando:

- 1) Continuar con los estudios sobre la validez concurrente del CASO-A30 utilizando la ADIS-IV-L y ampliando las muestras. La muestra clínica deberá incluir a pacientes que no tengan fobia social, con el fin de llevar a cabo análisis de regresión logística que darán un mayor respaldo empírico sobre la validez de criterio del cuestionario.

- 2) Evaluar si se replica la misma estructura factorial del CASO-A30 entre las personas con trastorno de ansiedad social (fobia social) de otros países de habla no hispana (p. ej., Europa, América del Norte, etc.).
- 3) Evaluar la utilidad del CASO-A30 como una medida pre y postratamiento para medir el cambio terapéutico y así aumentar su valor práctico en el ámbito clínico.

Conclusión

El riguroso procedimiento empírico de creación, reducción y selección de ítems, así como los robustos análisis relacionados con la fiabilidad y los distintos tipos de validez de constructo (convergente, divergente y factorial), validez concurrente y de contenido del CASO-A, llevados a cabo con muestras clínicas y generales, nos permiten considerar que el nuevo “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30) es un instrumento de autoinforme adecuado para la evaluación de la ansiedad/fobia social en la población hispanohablante. El CASO-A30 permite identificar, además, las áreas o dimensiones de la ansiedad/fobia social que resultan más problemáticas para el individuo, ayuda al clínico a comprender el nivel de generalización del problema y, sobre todo, le es útil para la planificación del tratamiento. Finalmente, la utilización de puntos de corte distintos para hombres y mujeres asegura el tener en cuenta las diferencias de sexo que han sido informadas a lo largo del desarrollo del campo de la ansiedad social y de nuestros propios estudios. Estas son, sin duda, algunas de las principales razones por las cuales el CASO-A30 es una medida de autoinforme “revolucionaria” al compararla con otras que tradicionalmente siguen empleándose a lo largo del mundo, a pesar de las limitaciones señaladas. No podemos decir que nuestro trabajo sea perfecto o esté concluido, pero, como hemos indicado, tenemos perspectivas interesantes para continuar aportando al desarrollo de la evaluación de la ansiedad social y por qué no del tratamiento.

REFERENCIAS

- Aboraya, A., Tien, A., Stevenson, J. y Crosby, K. (1998). Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN): Introduction to WV's mental health community. *West Virginia Medical Journal*, 94, 326-328.
- Acarturk, C., de Graaf, R., van Straten, A., ten Have, M. y Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking. A population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 273-279.
- Albano, A. M. y DiBartolo, P. M. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for social phobia in adolescents: Stand up, speak out. Therapist guide (programs that work)*. Oxford: University Press.
- Albano, A. M. y Silverman, W. K. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, Child Version. Clinician Manual*. Nueva York: Oxford University.
- Alden, L. E. y Wallace, S. T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 497-505.
- Alonso, J. y Kessler, R. C. (2008). Prevalence and treatment of mental disorders in Germany: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Survey. En R. C. Kessler y T. B. Üstün (dirs.), *The WHO Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders* (pp. 331-345). Nueva York: Cambridge University.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III* (3ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III-R* (3ª ed. rev.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4ª ed. rev.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2012, octubre 23). *E 04 Social anxiety disorder (Social phobia)*. Recuperado desde <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=163#>
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthán, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., Buhrman, M. y Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 677-686.
- Antony, M. M., Coons, M. J., McCabe, R. E., Ashbaugh, A. y Swinson, R. P. (2006). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory: Further evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1177-1185.
- Aune, T., Stiles, T. C. y Svarva, K. (2008). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children using a non-American population-based sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1075-1086.
- Ayeni, E. A. (2012). Development, standardization and validation of Social Anxiety Scale. *Ife Psychologia*, 20, 263-274.
- Baker, S. L., Heinrichs, N., Kim, H. -J. y Hofmann, S. G. (2002). The Liebowitz Social Anxiety Scale as a self-report instrument: A preliminary psychometric analysis. *Behaviour Research and Therapy* 40, 701-715.
- Bandalos, D. L. (2002). The effects of item parceling on goodness -of-fit and parameter estimate bias in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*, 9, 78-102.
- Baños, R. M., Botella, C., Quero, S. y Medina, P. (2007). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Psychometric properties in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 100, 441-50.
- Barlow, D. H., Blanchard, E. B., Vermilyea, J. A., Vermilyea, B. B. y DiNardo, P. A. (1986). Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry*, 143, 40-44.

- Beard, C., Rodriguez, B. F., Moitra, E., Sibrava, N. J., Bjornsson, A., Weisberg, R. B. y Keller, M. B. (2011). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) in a longitudinal study of African Americans with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 722-726.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beidel, D. C. (1998). Social anxiety disorder: Etiology and early clinical presentation. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 27-31.
- Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1992). Scoring the Social Phobia and Anxiety Inventory: Comments on Herbert et al. (1991). *Behaviour Research and Therapy, 31*, 331-337.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Fink, C. M. (1996). Assessment of childhood social phobia: Construct, convergent, and discriminative validity of Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). *Psychological Assessment, 8*, 235-240.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment, 7*, 73-79.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (1998). *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (2003). *SET-C. The social effectiveness therapy for children*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Morris, T. L. y Tracy, L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1072-1080.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Sallee, F. R., Ammerman, R. T., Crosby, L. A. y Pathak, S. (2007). SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*, 1622-1632.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Trager, K. N. (1994). Test anxiety and childhood anxiety disorders in African American and white school children. *Journal of Anxiety Disorders, 8*, 169-179.
- Bella, T. T. y Omigbodun, O. O. (2009). Social phobia in Nigerian university students: Prevalence, correlates and co-morbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*, 458-463.
- Bentler, P. M. (1995). *EQS Structural equations software manual*. Encino, CA: Multivariate Software.
- Bernadt, M. W., Mumford, J., Taylor, C., Smith, B. y Murray, R. M. (1982). Comparison of questionnaire and laboratory tests in the detection of excessive drinking and alcoholism. *Lancet, 6*, 325-328.
- Bijl, R. V., Ravelli, A. y van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*, 587-595.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S. y Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 1230-1236.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. y Neer, S. M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 545-553.
- Bhogal, K. S. y Baldwin, D. S. (2007). Pharmacological treatment of social phobia. *Psychiatry, 6*, 217-223.
- Blanchard, J. J. y Brown, S. B. (1998). Structured diagnostic interview schedules. En C. R. Reynolds (dir.), *Comprehensive clinical psychology. Vol. 4. Assessment* (pp. 97-130). Oxford: Elsevier.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. P. y Dal-Ré, R. (1999). Validation of the Spanish version of the Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale and Sheehan Disability Inventory for the evaluation of social phobia. *Medicina Clínica, 112*, 530-538.

- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B. y Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-V. *Depression & Anxiety*, 27, 168-189.
- Bourdon, K. H., Boyd, J. H., Rae, D. S., Burns, B. J., Thompson, J. W. y Locke, B. Z. (1988). Gender differences in phobias: Results of the ECA Community Survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 227-241.
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11, 939-956.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L. y Bersabé, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Brooks, S. J. y Kutcher, S. (2004). The Kutcher Generalized Social Anxiety Disorder Scale for Adolescents: Assessment of its evaluative properties over the course of a 16-week pediatric psychopharmacotherapy trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 14, 273-286.
- Brown, T. A., DiNardo, P. A., Lehman, C. L. y Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58.
- Bruch, M. A., Heimberg, R. G., Berger, P. y Collins, T. M. (1989). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. *Anxiety Research*, 2, 57-65.
- Brunello, N., den Boer, J. A., Judd, L. L., Kaspere, S., Kelsey, J. E., Lader, M., Lecrubier, Y., Lepine, J. P., Lydiard, R. B., Mendlewicz, J., Montgomery, S. A., Racagni, G., Stein, M. B. y Wittchen, H. -U. (2000). Social phobia: Diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 60, 61-74.
- Bunnell, B. E., Joseph, D. L. y Beidel, D. C. (2013). Measurement invariance of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 84-91.
- Caballo, V. E. (1995). Fobia social. In V. E. Caballo, G. Buéla-Casal y J. A. Carroble (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (vol. 1, pp. 285-340). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (2ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Andrés, V. y Bas, F. (1997). Fobia social. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 1, pp. 25-87). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Arias, B., Calderero, M., Salazar, I. C. e Irurtia, M. J. (2011). Acoso escolar y ansiedad social en niños (I): análisis de su relación y desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 591-609.
- Caballo, V. E., Arias, B., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Hofmann, S. G. y the CISO-A Research Team. *Determining social anxiety structure through 18 countries with a new self-report measure*. Manuscrito enviado para publicación.
- 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/Psicología Conductual*, 20, 485-503.
- Caballo, V. E., Bautista, R., López-Gollonet, C. y Prieto, A. (2009). El trastorno de la personalidad por evitación. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (2ª ed., pp. 193-214). Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. E., Calderero, M., Arias, B., Salazar, I. C. e Irurtia, M. J. (2012). Desarrollo y validación de una nueva medida de autoinforme para evaluar el acoso escolar (bullying). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 625-647.
- Caballo, V. E., González, S., Alonso, V. e Irurtia, M. J. (2007). El "Cuestionario de interacción social para niños" (CISO-N): un nuevo instrumento para la evaluación de la ansiedad social en niños. *Psicología Conductual*, 15, 77-93.

- Caballo, V. E., López-Gollonet, C., Salazar, I. C., Martínez, R., Ramírez-Uclés, I. y Equipo de Investigación CISO-A España (2006). Un nuevo instrumento para la evaluación de la ansiedad/fobia social: el "Cuestionario de interacción social para adultos" (CISO-A). *Psicología Conductual*, 14, 165-181.
- Caballo, V. E. y Nobre, L. A. (2007). *Factor analysis, sex differences and psychometric characteristics of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI)*. Tesis de Máster sin publicar, Universidad de Granada, España.
- Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Iruirtia, 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., Calderero, M., Iruirtia, M. J., Ollendick, T. H. y the CISO-A Research Team. *Assessing social anxiety in children from 12 countries through a new self-report measure*. Manuscrito enviado para publicación.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Iruirtia, M. J., Calderero, M. y Equipo de Investigación CISO-A España (2010). Validación del "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO-A30) en universitarios españoles: similitudes y diferencias entre comunidades y carreras universitarias. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 5-34.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., García-López, L. J. e Iruirtia, M. J. (2011). Fobia social: características clínicas y diagnósticas. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carroles (dirs), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 172-199). Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Garrido, L. e Iruirtia, 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., Iruirtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. y the CISO-A Research Team (2008). Social anxiety in 18 nations: Sex and age differences. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16, 163-187.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruirtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. y the 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., Iruirtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. y the CISO-A Research Team (2012). The multidimensional nature and multicultural validity of a new measure of social anxiety: The Social Anxiety Questionnaire for Adults (SAQ-A30). *Behavior Therapy*, 43, 313-328.
- Caballo, V. E. y Turner, R. M. (1994, noviembre). *Behavioral, cognitive, and emotional differences between social phobic and non-phobic people*. Comunicación presentada en la 28th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Diego, Estados Unidos.
- Cakin Memik, N., Sismanlar, S. G., Yildiz, O., Karakaya, I., Isik, C. y Agaoglu, B. (2010). Social anxiety level in Turkish adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 765-772.
- Canals, J., Hernández-Martínez, C., Cosi, S. y Domènech, E. (2012). Examination of a cutoff score for the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a non-clinical Spanish population. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 785-791.
- Carleton, R. M., Collimore, K. C., Asmundson, G. J. G., McCabe, R. E., Rowa, K. y Antony, M. M. (2009). Refining and validating the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Depression and Anxiety*, 26, 71-81.
- Cartwright-Hatton, S., Tschernitz, N. y Gomersall, H. (2005). Social anxiety in children: Social skills deficit, or cognitive distortion? *Behaviour Research and Therapy*, 43, 131-141.
- Chambless, D. L., Fydrich, T. y Rodebaugh, T. L. (2008). Generalized social phobia and avoidant personality disorder: Meaningful distinction or useless duplication? *Depression and Anxiety* 25, 8-19.
- Chapman, L. K., Petrie, J., Vines, L. y Durrett, E. (2012). The co-occurrence of anxiety disorders in African American parents and their children. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 65-70.
- Chartier, M. J., Walker, J. R. y Stein, M. B. (2001). Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychological Medicine*, 31, 307-315.
- Chartier, M. J., Walker, J. R. y Stein, M. B. (2003). Considering co-morbidity in social phobia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 728-734.

- Chavira, D. A. y Stein, M. B. (2005). Childhood social anxiety disorder: From understanding to treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *14*, 797-818.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K. y Stein, M. T. (2004). Child anxiety in primary care prevalent but untreated. *Depression and Anxiety*, *20*, 155-164.
- Chavira, D. A., Stein, M. B. y Malcarne, V. L. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Anxiety Disorders*, *16*, 585-598.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L. y Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 568-578.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M. J. V., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C. y Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 1058-1067.
- Clark, D. M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs.), *Social phobia. Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). Nueva York: Guilford.
- Coffman, D. L. y MacCallum, R.C. (2005). Using parcels to convert path analysis models into latent variable models. *Multivariate Behavioral Research*, *40*, 235-259.
- Cohn, D. A. (1990). Child-mother attachment of six-year-olds and social competence at school. *Child Development*, *61*, 152-162.
- Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J. A. y Stewart, S. H. (2005). The validity of the brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Anxiety Disorders*, *19*, 345-359.
- Compton, S. N., Grant, P. J., Chrisman, A. K., Gammon, P. C., Brown, V. L. y March, J. C. (2001). Sertraline in children and adolescents with social anxiety disorder: An open trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 564-571.
- Conger, J. C. y Farrell, A. D. (1981). Behavioral components of heterosocial skills. *Behavior Therapy*, *12*, 41-55.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Chung, H., Yang, R. y Clary, C. M. (2006). Multidimensional effects of sertraline in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, *23*, 6-10.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E. y Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): A new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, *176*, 379-386.
- Connor, K. M., Kobak, K. A., Churchill, L. E., Katzelnick, D. y Davidson, J. R. (2001). Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalised social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, *14*, 137-140.
- Cox, B. J., Pagura, J., Stein, M. B. y Sareen, J. (2009). The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a National Mental Health Survey. *Depression and Anxiety*, *26*, 354-362.
- Cox, B. J., Ross, L., Swinson, R. P. y Drenfeld, D. M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. *Behavior Modification*, *22*, 285-297.
- Crocetti, E., Hale, W. W., Fermani, A., Raaijmakers, Q. y Meeus, W. (2009). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in the general Italian adolescent population: A validation and a comparison between Italy and the Netherlands. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 824-829.
- Crozier, W. R. (1981). Shyness and self-esteem. *British Journal of Social Psychology*, *20*, 220-222.
- Crozier, W. R. y Alden, L. E. (2005). *The essential handbook of social anxiety for clinicians*. West Sussex: Wiley & Sons.
- Cunha, M., Gouveia, J. P. y Salvador, M. C. (2008). Social fears in adolescence: The Social Anxiety and Avoidance Scale for Adolescents. *European Psychologist*, *13*, 197-213.

- Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J. S., Zhao, N., Connor, K. M., Lynch, T. R. y Gadde, K. M. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 1005-1013.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D. L., George, L. K. y Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, *23*, 709-718.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D. L., George, L. K. y Blazer, D. G. (1994). The boundary of social phobia: Exploring the threshold. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 975-983.
- Davidson, J. R. T., Miner, C. M., De Veauh-Geiss, J. y Tupler, L. A. (1997). The Brief Social Phobia Scale: A psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, *27*, 161-166
- Davidson, J. R., Potts, N. L., Richichi, E. A., Ford, S. M., Krishnan, K. R., Smith, R. D. y Wilson, W. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, *52*(supl), 48-51.
- Davila, J. y Beck, J. G. (2002). Is social anxiety associated with impairment in close relationships? A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, *33*, 427-446.
- De Girolamo, G., Morosini, P., Gigantesco, A., Delmonte, S. y Kessler, R. C. (2008). The prevalence of mental disorders and service use in Italy: Results from a National Survey 2001-2003. En R. C. Kessler y T. B. Üstün (dirs.), *The WHO Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders* (pp. 364-387). Nueva York: Cambridge University.
- de la Osa, N., Ezpeleta, L., Doménech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1996). Fiabilidad entre entrevistadores de la Entrevista diagnóstica estructurada para niños y adolescentes (DICA-R). *Psicothema*, *8*, 359-368.
- Dell'Osso, L., Rucci, P., Ducci, F., Ciapparelli, A., Vivarelli, L., Carlini, M., Ramacciotti, C. y Cassano, G. B. (2003). Social anxiety spectrum. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *253*, 286-291.
- Dell'Osso, L., Saettoni, M., Papasogli, A., Rucci, P., Ciapparelli, A., Bandettini di Poggio, A. Ducci, F., Hardoy, C. y Cassano, G. B. (2002). Social anxiety spectrum: Gender differences in Italian high school students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*, 225-232.
- Demir, T., Karacetin, G., Eralp-Demir, D. y Uysal, O. (2013). Prevalence and some psychosocial characteristics of social anxiety disorder in an urban population of Turkish children and adolescents. *European Psychiatry*, *28*, 64-69.
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications* (2ª ed). Thousand Oaks: Sage.
- DeWit, D. J., Chandler-Coutts, M., Offord, D. R., King, G., McDougall, J., Specht, J. y Stewart, S. (2005). Gender differences in the effects of family adversity on the risk of onset of DSM-III-R social phobia. *Anxiety Disorders*, *19*, 479-502.
- Díez Martínez, S., Martín Moros, J. M., Altisent Trota, R., Aznar Tejero, P., Cebrián Martín, C., Imaz Pérez, F. J., del Castillo Pardo, M. (1991). Cuestionarios breves para la detección precoz de alcoholismo en atención primaria. *Atención Primaria*, *8*, 367-370.
- Di Nardo, P. A. y Barlow, D. H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Lifetime Version (ADIS-IV-L)*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1995). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Lifetime Version)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Dodge, C. S., Heimberg, R. G., Nyman, D. y O'Brien, G. T. (1987). Daily heterosocial interactions of high and low socially anxious college students: A diary study. *Behavior Therapy*, *18*, 90-96.
- Dodge, C. S., Hope, D. A., Heimberg, R. G. y Becket, R. E. (1988). Evaluation of the Social Interaction Self-Statement Test with a social phobic population. *Cognitive Therapy and Research*, *12*, 211-222.
- Eggleston, A. M., Woolaway-Bickel, K. y Schmidt, N. B. (2004). Social anxiety and alcohol use: Evaluation of the moderating and mediating effects of alcohol expectancies. *Journal of Anxiety Disorders*, *18*, 33-49.

- Eidecker, J., Glöckner-Rist, A. y Gerlacha, A. L. (2010). Dimensional structure of the Social Interaction Anxiety Scale according to the analysis of data obtained with a German version. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 596-605.
- Eng, W., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Schneier, F. R. y Liebowitz, F. R. (2000). An empirical approach to subtype identification in individuals with social phobia. *Psychological Medicine, 30*, 1345-1357.
- Epkins, C. C. (2002). A comparison of two self-report measures of children's social anxiety in clinic and community samples. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 69-79.
- Erath, S. A., Flanagan, K. S. y Bierman, K. L. (2007). Social anxiety and peer relations in early adolescence: Behavioral and cognitive factors. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*, 405-416.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Marx, B. P. y Franklin, M. E. (2006). Traumatic and socially stressful life events among persons with social anxiety disorder. *Anxiety Disorders, 20*, 896-914.
- Essau, C. A., Conrard, J. y Petermann, F. (1999). Frequency of comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 831-843.
- Essau, C. A., Muris, P. y Ederer, E. M. (2002). Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 33*, 1-8.
- Essau, C. A., Olaya, B., Pasha, G., O'Callaghan, J. y Bray, D. (2012). The structure of anxiety symptoms among adolescents in Iran: A confirmatory factor analytic study of the Spence Children's Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 871-878.
- Essau, C. A., Sakano, Y., Ishikawa, S. y Sasagawa, S. (2004). Anxiety symptoms in Japanese and in German children. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 601-612.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109* (Suppl. 420), 21-27.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE Questionnaire. *Journal of the American Medical Association, 252*, 1905-1907.
- Ewing, J. A. y Rouse, B. A. (1970, febrero). *Identifying the hidden alcoholic*. Comunicación presentada en el 29th International Congress on Alcohol and Drug Dependence, Sydney, Australia.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Doménech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1997). Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents - DICA-R. *Psicothema, 9*, 529-539.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Júdez, J., Doménech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1997). Diagnostic agreement between clinician and the Diagnostic Interview for Children and Adolescents - DICA-R in a Spanish outpatient sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 431-440.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R. y Perone, A. (2000). Epidemiology of social phobia: A clinical approach. *European Psychiatry, 15*, 17-24.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F. y Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: Prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*, 257-265.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T. y Wittchen, H. -U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology, 15*, 453-462.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders -Clinical Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric.

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W. y Benjamin, L. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis H Personality Disorders* (SCID-II, v. 2.0). Nueva York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B. y Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, *31*, 1025-1035.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *105*, 84-93.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P. O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O. y Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: Prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *34*, 416-424.
- Furmark, T., Tillfors, M., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissioti, A., Långström, B. y Fredrikson, M. (2002). Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 425-33.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Martin, L. Y. y Klein, D. F. (1995). Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 564-573.
- Galassi, J. P., DeLo, J. S., Galassi, M. D. y Bastien, S. (1974). The College Self-Expression Scale: A measure of assertiveness. *Behavior Therapy*, *5*, 165-171.
- García-López, L. J., Bermejo, R. M. e Hidalgo, M. D. (2010). The Social Phobia Inventory: Screening and cross-cultural validation in Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, *13*, 970-980.
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (2001). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale, and the Social Avoidance and Distress Scale in an adolescent Spanish-speaking sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *23*, 51-59.
- Gauer, G. J. C., Picon, P., Vasconcellos, S. J. L., Turner, S. M. y Beidel, D. C. (2005). Validation of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) in a sample of Brazilian children. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, *38*, 795-800.
- Gillis, M. M., Haaga, D. A. F. y Ford, G. T. (1995). Normative values for the Beck Anxiety Inventory, Fear Questionnaire, Penn State Worry Questionnaire, and Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, *7*, 450-455.
- Ginsburg, G. S., La Greca, A. M. y Silverman, W. K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*, 175-185.
- González, M. P., Bobes, J., García, M., Badía, X., Luque, A. y Dal-Ré, R. (1998). Assessing social phobia. The Spanish validation of the "gold standard" clinical scales: The LSAS and the SADS. *European Neuropsychopharmacology*, *8* (supl. 2), 259-260.
- Gore, K. L., Carter, M. M. y Parker S. (2002). Predicting anxious response to a social challenge: The predictive utility of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale in a college population. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 689-700.
- Gren-Landell, M., Tillfors, M., Furmark, T., Bohlin, G., Andersson, G. y Göran Svedin, C. (2009). Social phobia in Swedish adolescents. Prevalence and gender differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*, 1-7.
- Gruber, K., Moran, P. J., Roth, W. T. y Taylor, C. B. (2001). Computer-assisted cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Behavior Therapy*, *32*, 155-165.
- Guastella, A. J., Richardson, R., Lovibond, P. F., Rapee, R. M., Gaston, J. E., Mitchell, P. y Dadds, M. R. (2008). A Randomized controlled trial of d-cycloserine enhancement of exposure therapy for social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, *63*, 544-549.
- Gültekin, B. K. y Dereboy, I. F. (2011). The prevalence of social phobia, and its impact on quality of life, academic achievement, and identity formation in university students. *Turkish Journal of Psychiatry*, *22*, 150-158.

- Gureje, O., Adeyemi, O., Enyidah, N., Ekpo, M., Udofia, O., Uwakwe, R. y Wakil, A. (2008). Mental disorder among adult Nigerians: Risks, prevalence, and treatment. En R. C. Kessler y T. B. Üstün (dirs.), *The WHO Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders* (pp. 211-237). Nueva York: Cambridge University.
- Habke, A. M., Hewitt, P. L., Norton, G. R. y Asmundson, G. (1997). The social phobia and social interaction anxiety scales: An exploration of the dimensions of social anxiety and sex differences in structure and relations with pathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 19, 21-39.
- Hammerness, P., Harpold, T., Petty, C., Menard, C., Zar-Kessler, C. y Biederman, J. (2008). Characterizing non-OCD anxiety disorders in psychiatrically referred children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 105, 213-219.
- Harai, H. y Okajima, M. (2010, junio). *Acceptance commitment therapy for social anxiety disorder: Comparing the treatment outcome with cognitive behavior therapy and antidepressants*. Comunicación presentada en el 6th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Boston, Estados Unidos.
- Harb, G. C., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (2002). The Psychometric properties of the interpersonal sensitivity measure in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 961-979.
- Haro, J. M., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut Saiz, G., Fernández, A., Codony, M., Martínez, M., Domingo, A., Torres, J. V., Almansa, J., Ochoa, S. y Autonell, J. (2008). The epidemiology of mental disorders in the general population of Spain. En R. C. Kessler y T. B. Üstün (dirs.), *The WHO Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders* (pp. 406-430). Nueva York: Cambridge University.
- Hayes, S. A., Miller, N. A., Hope, D. A., Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (2008). Assessing client progress session by session in the treatment of social anxiety disorder: The social anxiety session change index. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 203-211.
- Haynes, S., Richard, D. y Kubany, E. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*, 7, 238-247.
- Heeren, A., Maurage, P., Rossignol, M., Vanhaelen, M., Peschard, V., Eeckhout, C. y Philippot, P. (2012). Self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale: Psychometric properties of the French version. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 44, 99-107.
- Heidenreich, T., Schermelleh-Engel, K., Schramm, E., Hofmann, S. G. y Stangier, U. (2011). The factor structure of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 579-583.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S. y Becker, R. E. (1987). Social phobia. En L. Michelson y L. M. Ascher (dirs.), *Anxiety and stress disorders* (pp. 280-309). Nueva York: Guilford.
- Heimberg, R. G. y Holaway, R. M. (2007). Examination of the known-groups validity of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depression and Anxiety*, 24, 447-454.
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199-212.
- Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Literature review. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 261-309). Nueva York: Guilford.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B. y Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia. 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- Heimberg, R. G., Stein, M. B., Hiripi, E. y Kessler, R. C. (2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: A synthetic cohort analysis of changes over four decades. *European Psychiatry*, 15, 29-37.
- Heidenreich, T., Schermelleh-Engel, K., Schramm, E., Hofmann, S. G. y Stangiere, U. (2011). The factor structure of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 579-583.

- Heiser, N. A., Turner, S. M., Beidel, D. C. y Roberson-Nay, R. (2009). Differentiating social phobia from shyness. *Journal of Anxiety Disorders* 23, 469-476.
- Herbert, J. D., Bellack, A. S. y Hope, D. A. (1991). Concurrent validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 357-368.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K. L. y Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 36, 125-138.
- Herbert, J. D., Hope, D. A. y Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 332-339.
- Hirai, M., Vernon, L. L., Clum, G. A. y Skidmore, S. T. (2011). Psychometric properties and administration measurement invariance of social phobia symptom measures: Paper-pencil vs. internet administrations. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 470-479.
- Hisamatsu, Y., Hasegawa, K., Suga, S. y Tsuboi, K. (2003). Social anxiety trends in general Japanese populations. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 147-178.
- Hoff, B., Hoeyera, M., Dyrborg, J., Letha, I. y Kendall, P. C. (2010). Prevalence and co-morbidity among anxiety disorders in a national cohort of psychiatrically referred children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 866-872.
- Hofmann, S. G., Albano, A. M., Heimberg, R. G., Tracey, S., Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*, 9, 15-18.
- Hofmann, S. G. y Barlow, D. H. (2002). Social phobia (social anxiety disorder). En D. H. Barlow (dir.), *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed., pp. 454-476). Nueva York: Guilford.
- Hofmann, S. G. DiBartolo, P. M., Holaway, R. M. y Heimberg, R. G. (2004). Scoring error of Social Avoidance and Distress Scale and its psychometric implications. *Depression and Anxiety*, 19, 197-198.
- Hofmann, S. G., Schulz, S. M., Meuret, A. E., Moscovitch, D. A. y Suvak, M. (2006). Sudden gains during therapy of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 687-697.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G. y Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318-325.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., Hope, D. A. y Liebowitz, M. L. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 63-77.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., Juster, H. A. y Turk, C. L. (2000). *Managing social anxiety: A cognitive behavioral therapy approach (client manual)*. Nueva York: Oxford University.
- Hope, D. A., Rapee, R. M., Heimberg, R. G. y Dombek, M. J. (1990). Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 198-208.
- Horley, K., Williams, L. M., Gonsalvez, C. y Gordon, E. (2004). Face to face: Visual scan path evidence for abnormal processing of facial expressions in social phobia. *Psychiatry Research*, 127, 43-53.
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30, 179-185.
- Hunter, L. R., Buckner, J. D. y Schmidt, N. B. (2009). Interpreting facial expressions: The influence of social anxiety, emotional valence, and race. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 482-488.
- Iancu, I., Levin, J., Hermesh, H., Dannon, P., Poreh, A., Ben-Yehuda, Y., Kaplan, Z., Marom, S. y Kotler, M. (2006). Social phobia symptoms: Prevalence, sociodemographic correlates, and overlap with specific phobia symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 399-405.
- Ibáñez, I., del Pino, A., Olmedo, E. y Gaos, M. T. (2010). Fiabilidad y validez de una versión española del Inventario de depresión de Beck-II en una muestra de la población general canaria. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 35-56.
- Inderbitzen-Nolan, H. M., Davies, C. A. y McKeon, N. D. (2004). Investigating the construct validity of the SPAI-C: Comparing the sensitivity and specificity of the SPAI-C and the SAS-A. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 547-560.

- Inglés, C. J., La Greca, A. M., Marzo, J. C., García-López, L. J. y García-Fernández, J. M. (2010). Gender and age differences in the cognitive, psychophysiological, and behavioral responses of social anxiety in adolescence. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 847-855.
- Ishikawa, S., Sato, H. y Sasagawa, S. (2009). Anxiety disorder symptoms in Japanese children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 104-111.
- Isolan, L., Salum, G. A., Osowski, A. T., Amaro, E. y Manfro, G. G. (2011). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 741-748.
- Izgc, F., Akyüz, G., Dogan, O. y Kugu, N. (2004). Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*, 630-634.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie*. París: F. Alcan.
- Janet, P. (1909). *Les nevroses*. París: Flammarion.
- Jones, W. H., Briggs, S. R. y Smith, T. G. (1985). *Shyness: Conceptualization and measurement*. Manuscrito sin publicar, Universidad de Tulsa, OK, Estados Unidos.
- Johnson, H. S., Inderbitzen-Nolan, H. M. y Anderson, E. R. (2006). The Social Phobia Inventory: Validity and reliability in an adolescent community sample. *Psychological Assessment, 18*, 3, 269-277.
- Joormann, J. y Gotlib, I. H. (2006). Is this happiness I see? Biases in the identification of emotional facial expressions in depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 705-714.
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (2008). *LISREL 8.80 user's guide*. Lincolnwood, IL: Scientific Software International.
- Kagan, J. y Snidman, N. (1991). Temperamental factors in human development. *American Psychologist, 46*, 856-862.
- Kendall, P. C. y Warman, M. J. (1996). Anxiety disorders in youth, diagnostic consistency across DSM-III-R and DSM-IV. *Journal of Anxiety Disorders, 10*, 453-463.
- Kendler, K. S., Jacobson, K. C., Myers, J. y Prescott, C. A. (2002). Sex differences in genetic and environmental risk factors for irrational fears and phobias. *Psychological Medicine, 32*, 209-217.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M. y Prescott, C. A. (1999). Fears and phobias: Reliability and heritability. *Psychological Medicine, 29*, 539-553.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W.-T., Demler, O., Glantz, M., Lane, M. C., Jin, R., Merikangas, K. R., Nock, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., Wang, P. S. y Wells, K. B. (2008). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Cornerstone in improving mental health and mental health care in the United States. En R. C. Kessler y T. B. Üstün (dirs.), *The WHO Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders* (pp. 165-209). Nueva York: Cambridge University.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H. -U., Stein, M. y Walters, E. E. (1999). Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine, 29*, 555-567.
- Kessler, R. C. y Üstün, T. B. (dirs.) (2008). *The WHO Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. Nueva York: Cambridge University.
- Kimbrel, N. A. (2008). A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review, 28*, 592-612.
- King, M. (1986). At risk drinking among general practice attenders: Validation of the CAGE Questionnaire. *Psychological Medicine, 16*, 213-217.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. Nueva York: Guilford.
- Kline, R. B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Klinger, E., Bouchard, S., Légeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I. y Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *Cyberpsychology & Behavior, 8*, 76-88.

- Kummer, A., Cardoso, F. y Teixeira, A. L. (2008). Frequency of social phobia and psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 23, 1739-1743.
- Kupper, N. y Denollet, J. (2012). Social anxiety in the general population: Introducing abbreviated versions of SIAS and SPS. *Journal of Affective Disorders*, 136, 90-98.
- Kuusikko, S., Pollock-Wurman, R., Ebeling, H., Hurtig, T., Joskitt, L., Mattila, M. L., Jussila, K. y Moilanen, I. (2009). Psychometric evaluation of Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) and Social Anxiety Scale for Children-Revised (SASC-R). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 116-124.
- Lader, M. H. (1967). Palmar skin conductance measures in anxiety and phobic states. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 271-281.
- Lader, M. H. y Mathews, A. (1970). Physiological changes during spontaneous panic attacks. *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 377-382.
- Lader, M. H. y Wing, L. (1966). *Physiological measures, sedative drugs and morbid anxiety*. Londres: Oxford University.
- La Greca, A. M. y Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- La Greca, A. M. y Stone, W. L. (1993). Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27.
- Lampe, L., Slade, T., Issakidis, C. y Andrews, G. (2003). Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB). *Psychological Medicine*, 33, 637-646.
- Lang, A. J. y Stein, M. B. (2001). Social phobia prevalence and diagnostic threshold. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(supl. 1), 5-10.
- Leary, M. R. (1983). A Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Leber, S., Heidenreich, T., Stangier, U. y Hofmann, S. G. (2009). Processing of facial affect under social threat in socially anxious adults: Mood matters. *Depression and Anxiety*, 26, 196-206.
- Lecrubier, Y., Wittchen, H. -U., Faravelli, C., Bobes, J., Patel, A. y Knapp, M. (2000). A European perspective on social anxiety disorder. *European Psychiatry*, 15, 5-16.
- Lee, S., Lee, M. T. Y. y Kwok, K. (2005). A community-based telephone survey of social anxiety disorder in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders*, 88, 183-186.
- Lee, S., Ng, K. L., Kwok, K. P. S. y Tsang, A. (2009). Prevalence and correlates of social fears in Hong Kong. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 327-332.
- Levin, J. B., Marom, S., Gur, S., Wechter, D. y Hermesh, H. (2002). Psychometric properties and three proposed subscales of a self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale translated into Hebrew. *Depression and Anxiety*, 16, 143-151.
- Leyfer, O., Gallo, K., Cooper-Vince, C. y Pincus, D. (2013). Patterns and predictors of comorbidity of DSM-IV Anxiety Disorders in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 306-311.
- Lieb, R., Hans-Ulrich, W., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B. y Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles and the risk of social phobia in offspring: A prospective-longitudinal community study. *Archives General of Psychiatry*, 57, 859-866.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern problems in pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J. y Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.
- Linyan, S., Kai, W., Fang, F., Yi, S. y Xueping, G. (2008). Reliability and validity of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Chinese children. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 612-621.

- Lorenzo-Seva, U. y ten Berge, J. M. F. (2006). Tucker's congruence coefficient as a meaningful index of factor similarity. *Methodology*, 2, 57-64.
- Magee, W. J. (1999). Effects of negative life experiences on phobia onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 343-351.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. -U., McGonagle, K. A. y Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-68.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P. y Connors, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.
- Marks, I. M. (1985). Behavioral treatment of social phobia. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 615-618.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. Nueva York: Oxford University.
- Marks, I. M. y Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobias. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- Marks, I. M. y Matthews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Martínez, J. M. (1999). *Validación de los cuestionarios breves: AUDIT, CAGE y CBA para la detección precoz de los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas en atención primaria*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales, Comisionado para la Droga.
- Masia-Warner, C., Beidel, D. C., Albano, A. M., Rapee, R. M., Turner, S. M., Morris, T. L. et al. (1999). *Skills for Academic and Social Success*. Nueva York: University School of Medicine.
- Masia-Warner, C. L., Klein, R. G. y Liebowitz, M. R. (2002). *The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA)*. Disponible en Carrie L. Masia-Warner, Ph.D., New York University School of Medicine, Child Study Center, 215 Lexington Avenue, 13th floor, Nueva York, NY 10016, USA.
- Masia-Warner, C. L., Storch, E. A., Pincus, D. B., Klein, R. G., Heimberg, R. G. y Liebowitz, M. R. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An initial psychometric investigation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1076-1084.
- Mattick, R. P. y Clarke, J. C. (1988). *Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety*. Manuscrito sin publicar, Universidad de New South Wales, Sidney, Australia.
- Mattick, R. P. y Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Mattick, R. P. y Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Mattick, R. P., Peters, L. y Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- McEvoy, P. M. (2007). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in a community clinic: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3030-3040.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Fleis, C., Rojas, G. E., Zambrano, J., Villatoro, J., Blanco, J., Aguilar-Gaxiola, S. y Kessler, R. C. (2008). The Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Overview and results. En R. C. Kessler y T. B. Üstün (dirs.), *The WHO Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders* (pp. 144-164). Nueva York: Cambridge University.
- 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.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H. y Angst, J. (2002). The spectrum of social phobia in the Zürich cohort study of young adults. *Society of Biological Psychiatry*, 51, 81-91.

- Morris, T. L. y Masia-Warner, C. L. (1998). Psychometric evaluation of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children: Concurrent validity and normative data. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 452-458.
- Moitra, E., Herbert, J. D. y Forman, E. M. (2008). Behavioral avoidance mediates the relationship between anxiety and depressive symptoms among social anxiety disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 1205-1213.
- Muthén, L. K. y Muthén, B. O. (2010). *MPlus* (version 6.0) [Computer software]. Los Ángeles: Autor.
- Nardi, A. E. (2005). Early diagnosis can decrease the social and economic burden of social anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39*, 641-642.
- Nasser-Abu Alhija, F. y Wisenbaker, J. (2006). A Monte Carlo study investigating the impact of itemparceling strategies on parameter estimates and their standard errors in CFA. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 13*, 204-228.
- Neal, J. A., Edelmann, R. J. y Glachan, M. (2002). Behavioural inhibition and symptoms of anxiety and depression: Is there a specific relationship with social phobia? *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 361-374.
- Nelson, E. C., Grant, J. D., Bucholz, K. K., Glowinski, A., Madden, P. A. F., Reich, W. y Heath, A. C. (2000). Social phobia in a population-based female adolescent twin sample: Co-morbidity and associated suicide-related symptoms. *Psychological Medicine, 30*, 797-804.
- Oakley-Browne, M. A., Wells, J. E. y Scott, K. M. (2008). Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. En R. C. Kessler y T. B. Üstün (dirs.), *The WHO Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders* (pp. 486-508). Nueva York: Cambridge University.
- Oakman, J., van Ameringen, M., Mancini, C. y Farvolden, P. (2003). A confirmatory factor analysis of a self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 149-161.
- Ogliari, A. Scaini, S., Kofler, M. J., Lampis, V., Zanoni, A., Pesenti-Gritti, P., Spatola, C. A. M., Battaglia, M. y Beidel, D. C. (2012). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). A sample of Italian school-aged children from the general population. *European Journal of Psychological Assessment, 28*, 51-59.
- Öhman, A. (1986). Face the beast and fear the face: Animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion. *Psychophysiology, 23*, 123-145.
- Olivares, J. (2006). *Programa IAFS: protocolo para la intervencion en adolescentes con fobia social*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (1998). *Escala para la detección de la ansiedad social*. Disponible en la Universidad de Murcia, España.
- Olivares, J., García-López, L. J. e Hidalgo, M. D. (2001). The Social Phobia Scale and the Social Interaction Anxiety Scale: Factor structure and reliability in a Spanish-speaking population. *Journal of Psychoeducational Assessment, 19*, 69-80.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in an adolescent Spanish population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 21*, 67-78.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. y Rosa-Alcázar, A. I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema, 18*, 207-212.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. y Sánchez-García, R. (2004). Escala para la detección de la ansiedad social (EDAS): estructura factorial y fiabilidad en una muestra de adolescente entre 14 y 18 años. *Psicología Conductual, 12*, 251-268.
- Olivares, J., Sánchez-García, R., López-Pina, J. A. y Rosa-Alcázar, A. I. (2010). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children in a Spanish sample. *The Spanish Journal of Psychology, 13*, 961-969.

- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: décima revisión de la Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor. (Orig. 1992).
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. (Orig. 1994).
- Osman, A., Barrios, F. X., Aukes, D. y Osman, J. R. (1995). Psychometric evaluation of the Social Phobia and Anxiety Inventory in college students. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 235-243.
- Osman, A., Barrios, F. X., Haupt, D., King, K., Osman, J. R. y Slavens, S. (1996). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Further validation in two nonclinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 18*, 35-47.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Barrios, F. X., Kopper, B. A. y Chiros, C. E. (1998). The Social Phobia and Social Interaction Anxiety Scales: Evaluation of psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 20*, 249-264.
- Osório, F. L., Crippa, J. A. y Loureiro, S. R. (2009). Cross-cultural validation of the Brazilian Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN): Study of the items and internal consistency. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 31*, 25-29.
- Osório, F. L., Crippa, J. A. S. y Loureiro, S. R. (2006). Cross-cultural validation of the Brief Social Phobia Scale for use in Portuguese and the development of a structured interview guide. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28*, 212-217.
- Osório, F. L., Crippa, J. A. S. y Loureiro, S. R. (2010a). Evaluation of the psychometric properties of the Social Phobia Inventory in university students. *Comprehensive Psychiatry, 51*, 630-640.
- Osório, F. L., Crippa, J. A. S. y Loureiro, S. R. (2010b). Study of the psychometric qualities of the Brief Social Phobia Scale (BSPS) in Brazilian university students. *European Psychiatry, 25*, 178-188.
- Öst, L. G. y Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour research and Therapy, 16*, 439-447.
- Paul, G. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy: An experiment in anxiety reduction*. Palo Alto, CA: Stanford University.
- Pauschardt, J., Remschmidt, H. y Matthejat, F. (2010). Assessing child and adolescent anxiety in psychiatric samples with the Child Behavior Checklist. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 461-467.
- Perugi, G., Nassini, S., Maremmani, I., Madaro, D., Toni, C., Simonini, E. y Akiskal, H. S. (2001). Putative clinical subtypes of social phobia: A factor-analytical study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*, 280-288.
- Peters, L. (2000). Discriminant validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI), the Social Phobia Scale (SPS) and the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). *Behaviour Research and Therapy, 38*, 943-950.
- Peters, L., Sunderland, M., Andrews, G., Rapee, R. M. y Mattick, R. P. (2012). Development of a short form Social Interaction Anxiety (SIAS) and Social Phobia Scale (SPS) using nonparametric item response theory: The SIAS-6 and the SPS-6. *Psychological Assessment, 24*, 66-76.
- Picon, P., Gauer, G. J. C., Fachel, J. M. G., Beidel, D. C., Seganfredo, A. C. y Manfro, G. G. (2006). The Portuguese language version of Social Phobia and Anxiety Inventory: Analysis of items and internal consistency in a Brazilian sample of 1,014 undergraduate students. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 55*, 114-119.
- Picon, P., Gauer, G. J. C., Fachel, J. M. G. y Manfro, G. G. (2005). Desenvolvimento da versão em português do Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) [Development of the Portuguese version of Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI)]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 27*, 40-50.
- Picon, P., Gauer, G. J. C., Hirakata, V. N., Haggström, L. M., Beidel, D. C., Turner, S. M. y Manfro, G. G. (2005). Fidedignidade da versão em português do Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI) em amostra heterogênea de estudantes universitários brasileiros [Reliability of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) Portuguese version in a heterogeneous sample of Brazilian university students]. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 27*, 124-130.

- Pilkonis, P. A. (1977). The behavioral consequences of shyness. *Journal of Personality, 45*, 596-611.
- Piqueras, J. A., Olivares, J. e Hidalgo, M. D. (2012). Screening utility of the Social Anxiety Screening Scale in Spanish speaking adolescents. *The Spanish Journal of Psychology, 15*, 710-723.
- Pollard, C. A. y Henderson, J. G. (1988). Four types of social phobia in a community sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 440-445.
- Pollock, R. A., Carter, A. S., Avenevoli, S., Dierker, L. C., Chazan-Cohen, R. y Merikangas, K. R. (2002). Anxiety sensitivity in children at risk for psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 343-353.
- Posada-Villa, J., Rodríguez, M., Duque, P., Garzón, A., Aguilar-Gaxiola, S. y Breslau, J. (2008). Mental disorders in Colombia: Results from the World Mental Health Survey. En R. C. Kessler y T. B. Üstün (dirs.), *The WHO Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders* (pp. 131-143). Nueva York: Cambridge University.
- Puklek, M. y Videc, M. (2008). Psychometric properties of the Social Anxiety Scales for Adolescents (SASA) and its relation to positive imaginary audience and academic performance in Slovene adolescents. *Studia Psychologica, 50*, 49-65.
- Purdon, C., Antony, M., Monteiro, S. y Swinson, R. P. (2001). Social anxiety in college students. *Anxiety disorders, 15*, 203-215.
- Radomsky, A. S., Ashbaugh, A. R., Saxe, M. L., Ouimet, A. J., Golden, E. R., Lavoie, S. L. y O'Connor, K. P. (2006). Psychometric properties of the French and English versions of the Social Phobia Inventory. *Canadian Journal of Behavioural Science, 38*, 354-360.
- Ranta, K., Junttila, N., Laakkonen, E., Uhmavaara, A., La Greca, A.M. y Niemi, P. M. (2012). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Measuring social anxiety among Finnish adolescents. *Child Psychiatry & Human Development, 43*, 574-591.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Koivisto, A. M., Tuomisto, M. T., Pelkonen, M. y Marttunen, M. (2007). Age and gender differences in social anxiety symptoms during adolescence: The Social Phobia Inventory (SPIN) as a measure. *Psychiatry Research, 153*, 261-270.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Pelkonen, M. y Marttunen, M. (2009). Associations between peer victimization, self-reported depression and social phobia among adolescents: The role of comorbidity. *Journal of Adolescence, 32*, 77-93.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P. y Marttunen, M. (2009). Social phobia in Finnish general adolescent population: Prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use. *Depression and Anxiety, 26*, 528-536.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P. y Marttunen, M. (2012). The Mini-Social Phobia Inventory: Psychometric properties in an adolescent general population sample. *Comprehensive Psychiatry, 53*, 630-637.
- Rao, P. A., Beidel, D. C., Turner, S. M., Ammerman, T., Crosby, L. E. y Sallee, F. R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1181-1191.
- Reich, W., Welner, Z. y Herjanic, B. (1997). *DICA-IV. Diagnostic Interview for Children and Adolescents-IV*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Torgersen, S., Neale, M. C., Ørstavik, R. E., Tambs, K. y Kendler, K. S. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia: A population-based twin study. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1722-1728.
- Richardson, F. C. y Tasto, D. L. (1976). Development and factor analysis of a social anxiety inventory. *Behavior Therapy, 7*, 453-462.
- Ries, B. J., McNeila, D. W., Boonea, M. L., Turka, C. L., Carter, L. E. y Heimberg, R. G. (1998). Assessment of contemporary social phobia verbal report Instruments. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 983-994.

- Robins, L. N., Helzer, J. E., Cottler, L. y Golding. (1989). *NIMH Diagnostic Interview Schedule, Version III, Revised (DIS-III-R)*. St. Louis: Washington University.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. L. y Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Archives of General Psychiatry*, *38*, 381-389.
- Robins, L. N., Marcus, L., Reich, W., Cunningham, R. y Gallagher, T. (1996). *NIMH Diagnostic Interview Schedule-Version IV (DIS-IV)*. St. Louis: Washington University.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. -U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D. A., Sartorius, N. y Towle, L. H. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 1069-77.
- Rodebaugh, T. L., Woods, C. M. y Heimberg, R. G. (2007). The reverse of social anxiety is not always the opposite: The reverse-scored items of the Social Interaction Anxiety Scale do not belong. *Behavior Therapy*, *38*, 192-206.
- Rodebaugh, T. L., Woods, C. M., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R. y Schneier, F. R. (2006). The factor structure and screening utility of the Social Interaction Anxiety Scale. *Psychological Assessment*, *18*, 231-237.
- Roelofs, K., van Peer, J., Berretty, E., de Jong, P., Spinhoven, P. y Elzinga, B. M. (2009). Hypothalamus-pituitary-adrenal axis hyperresponsiveness is associated with increased social avoidance behavior in social phobia. *Biological Psychiatry*, *65*, 336-343.
- Romm, K. L., Rossberg, J. I., Berg, A. O., Hansen, C. F., Andreassen, O. A. y Melle, I. (2011). Assessment of social anxiety in first episode psychosis using the Liebowitz Social Anxiety Scale as a self-report measure. *European Psychiatry*, *26*, 115-121.
- Rounds, J. S., Beck, J. G. y Grant, D. M. (2007). Is the delay discounting paradigm useful in understanding social anxiety? *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 729-735.
- Ruiz, M., Caballo, V. E. y Salazar, I. C. (2008, noviembre). *Evaluación de los aspectos cognitivos implicados en la fobia social*. Póster presentado en el II Symposium Internacional sobre Psicología Clínica y de la Salud, Granada, España.
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B. y Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, *38*, 15-28.
- 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.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Brown, E. J. y Holle, C. (1997). Quality of life in social phobia. *Depression and anxiety*, *4*, 126-133.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (1999). Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, *13*, 253-270.
- Safren, S. A., Turk, C. L. y Heimberg, R. G. (1998). Factor structure of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 443-453.
- Sala, R., Granero, R. y Ezpeleta, L. (2005). Dimensional analysis of a categorical diagnostic interview: The DICA-IV. *Psicothema*, *18*, 123-129.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Santed, M. A. y Sánchez-Arribas, C. (1999). Estructura factorial de la Escala de ansiedad social para niños-revisada (SASC-R). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *4*, 105-113.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, *16*, 121-142.

- Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J., Perdígón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Sartorius, N. y Janca, A. (1996). Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 55-69.
- SAS Institute (2006). *SAS, v. 9.3 [Computer program]*. Cary, NC: Autor.
- Schmidt, L. A., Polak, C. P. y Spooner, A. L. (2005). Biological and environmental contributions to childhood shyness: A diathesis-stress model. En W. R. Crozier y L. E. Alden (dirs.), *The essential handbook of social anxiety for clinicians* (pp. 33-55). West Sussex: Wiley & Sons.
- Schmidt, N. B. y Richey, J. A. (2008). Social anxiety symptoms uniquely predict fear responding to 35% CO₂ challenge. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 851-857.
- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., Street L, Del Bene, D. y Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 322-331.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R. y Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Scientific Software International (2006a). *LISREL, v. 8.8 [Computer program]*. Lincolnwood, IL: Autor.
- Scientific Software International (2006b). *PRELIS, v. 2.3 [Computer program]*. Lincolnwood, IL: Autor.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K. y Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Silverman, W. K. y Nelles, W. B. (1988). The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 772-778.
- Smits, J. A. J., Powers, M. B., Buxkamper, R. y Telch, M. J. (2006). The efficacy of videotape feedback for enhancing the effects of exposure-based treatment for social anxiety disorder: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1773-1785.
- Sosic, Z. Gieler, U. y Stangier, U. (2008). Screening for social phobia in medical in- and outpatients with the German version of the Social Phobia Inventory (SPIN). *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 849-859.
- Society of Clinical Psychology, American Psychological Association, Division 12 (2013, abril 23). *Cognitive and behavioral therapies for social phobia and public speaking anxiety*. Recuperado desde http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments/socialphobia_cbt.html
- Southam-Gerow, M. A., Flannery-Schroeder, E. C. y Kendall, P. C. (2003). A psychometric evaluation of the parent report form of the State-Trait Anxiety Inventory for Children- Trait Version. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 427-446.
- Spence, S. H. (1995). *Social skills training: Enhancing social competence with children and adolescents*. Windsor: NFER-Nelson.
- Spence, S. H., Barrett, P. M. y Turner, C. M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 605-625.
- Spence, S. H., Donovan, C. y Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 211-221.
- Spence, S. H., Donovan, C. y Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726.

- Stein, D. J., Ipser, J. C. y van Balkom, A. J. (2008, marzo 26). *Tratamiento farmacológico para la fobia social*. Recuperado desde <http://www.update-software.com/pdf/CD001206.pdf>.
- Stein, M. B., Jang, K. L. y Livesley, W. J. (2002). Heritability of social anxiety-related concerns and personality characteristics: A twin study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*, 219-224.
- Stein, M. B. y Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, *371*, 1115-1125.
- Stein, M. B., Walker, J. R. y Forde, D. R. (1994). Public speaking fears in a community sample: Prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 169-74.
- Stewart, D. W. y Mandrusiak, M. (2007). Social phobia in college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, *22*, 65-76.
- Storch, E. A., Eisenberg, P. S., Roberti, J. W. y Barlas, M. E. (2003). Reliability and validity of the Social Anxiety Scale for Children-Revised for Hispanic children. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, *25*, 410-422.
- Storch, E. A., Masia-Warner, C., Dent, H. C., Roberti, J. W. y Fisher, P. H. (2004). Psychometric evaluation of the Social Anxiety Scale for Adolescents and the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children: Construct validity and normative data. *Journal of Anxiety Disorders*, *18*, 665-679.
- Storch, E. A., Masia-Warner, C., Heidgerken, A. D., Fisher, P. H., Pincus, D. B. y Liebowitz, M. R. (2006). Factor structure of the Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, *37*, 25-37.
- Sugawara, N., Yasui-Furukori, N., Kaneda, A., Sato, Y., Tsuchimine, S., Fujii, A., Danjo, K., Takahashi, I., Matsuzaka, M. y Kaneko, S. (2012). Factor structure of the Liebowitz Social Anxiety Scale in community-dwelling subjects in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *66*, 525-528.
- Taboada, A. M., Ezpeleta, L. y de la Osa, N. (1998). Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. *Ansiedad y Estrés*, *4*, 1-16.
- Tanner, R. J., Stopa, L. y De Houwer, J. (2006). Implicit views of the self in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1397-1409.
- Taylor, S., Woody, S., McLean, P. D. y Koch, W. J. (1997). Sensitivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia. *Assessment*, *4*, 181-191.
- Terra, M. B., Barros, H. M. T., Stein, A. T., Figueira, I., Athayde, L. C., Gonçalves, M. S., Tergolina, L. P., Rovani, J. S. y da 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.
- Thompson, S. y Rapee, R. M. (2002). The effect of situational structure on the social performance of socially anxious and nonanxious participants. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, *33*, 91-102.
- Tillfors, M. y Furmark, T. (2007). Social phobia in Swedish university students: Prevalence, subgroups and avoidant behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*, 79-86.
- Tran, G. Q. y Smith, J. P. (2004). Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. En S. N. Haynes y E. M. Heiby (dirs.), *Comprehensive handbook of psychological assessment*. Vol. 3. Behavioral assessment (pp. 269-290). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Trower, P. y Turland, D. (1984). Social anxiety disorder. En S. M. Turner (dir.), *Behavioral theories and treatment of anxiety* (pp. 321-365). Nueva York: Plenum.
- Tsai, C. F., Wang, S. J., Juang, K. D. y Fuh, J. L. (2009). Use of the Chinese (Taiwan) version of the Social Phobia Inventory (SPIN) among early adolescents in rural areas: Reliability and validity study. *Journal of the Chinese Medical Association*, *72*, 422-429.
- Tsutsui, J., Yoshii, K., Kanzaki, T., Naruo, T. y Nozoe, S. (2003). The effect of social skills in social anxiety/avoidance of atopic dermatitis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *55*, 138.
- Turk, C., Heimberg, R. y Hope, D. (2001). Social anxiety disorder. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders* (3ª ed., 114-153). Nueva York: Guilford.

- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J., Mennin, D. y Fresco, D. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 89-106.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Orsillo, S. M., Holt, C. S., Gitow, A., Street, L. L., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (1998). An Investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 209-223.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1989). Social phobia: Clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity. *Clinical Psychology Review, 9*, 3-18.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Borden, J. W., Stanley, M. A. y Jacob, R. G. (1991). Social phobia: Axis I and II correlates. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 102-106.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 389-394.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 35-40.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1990). Social phobia: Relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 497-505.
- Turner, S. M. Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 326-331.
- Turner, S. M., Stanley, M. A., Beidel, D. C. y Bond, L. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Construct validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 11*, 221-234.
- Väänänen, J. M., Fröjd, S., Ranta, K., Marttunen, M., Helminen, M. y Kaltiala-Heino, R. (2011). Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescence. *Journal of Affective Disorders, 133*, 97-104.
- van Ameringen, M.,A., Lane, R. M., Walker, J. R., Bowen, R. C., Chokka, P. R., Goldner, E. M., Johnston, D. G., Lavalley, Y. -J., Nandy, S., Pecknold, J. C., Hadrava, V. y Swinson, R. P. (2001). Sertraline treatment of generalized social phobia: A 20-week, double-blind, placebo-controlled study. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 275-281.
- van Dam-Baggen, R. y Kraaimaat, F. (2000). Group social skills training or cognitive group therapy as the clinical treatment of choice for generalized social phobia? *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 437-451.
- van Roy, B., Kristensen, H., Groholt, B. y Clench-Aas, J. (2009). Prevalence and characteristics of significant social anxiety in children aged 8-13 years. A Norwegian cross-sectional population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*, 407-415.
- Vieira, S., Salvador, C., Matos, A. P., García-López, L. J. y Beidel, D. (2013). "Inventario de fobia y ansiedad social - versión breve": propiedades psicométricas en una muestra de adolescentes portugueses. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 21*, 25-38.
- Vilete, L., Coutinho, E. y Figueira, I. (2004). Confiabilidade da versão em Português do Inventário de Fobia Social (SPIN) entre adolescentes estudantes do Município do Rio de Janeiro [Reliability of the Portuguese-language version of the Social Phobia Inventory (SPIN) among adolescent students in the city of Rio de Janeiro]. *Cadernos de Saúde Pública, 20*, 89-99.
- Vilete, L., Figueira, I. y Coutinho, E. (2006). Adaptação transcultural para o português do Social Phobia Inventory (SPIN) para utilização entre estudantes adolescentes [Portuguese-language cross-cultural adaptation of the Social Phobia Inventory (SPIN) to be used with adolescent students]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 28*, 40-48.
- Voncken, M. J. y Bögels, S. M. (2008). Social performance deficits in social anxiety disorder: Reality during conversation and biased perception during speech. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 1384-1392.
- von Eye, A. y Mun, E. Y. (2005). *Analyzing rater agreement: Manifest variable methods*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Waghorn, G., Chant, D., White, P. y Whiteford, H. (2005). Disability, employment and work performance among people with ICD-10 anxiety disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 55-66.
- Wagner, K. D., Berard, R., Stein, M. B., Wetherhold, E., Carpenter, D. J., Perera, P., Gee, M., Davy, K. y Machin, A. (2004). A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine in children and adolescents with social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1153-1162.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B. y Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of Mental Health Services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 629-640.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Weeks, J. W., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Hart, T. A., Turk, C. L., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (2005). Empirical validation and psychometric evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation scale in patients with social anxiety disorder. *Psychological Assessment*, 17, 179-190.
- Weinstock, L. S. (1999). Gender differences in the presentation and management of social anxiety disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 9-13.
- Wells, A. y Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 713-720.
- Wenzel, A., Graff-Dolezal, J., Macho, M. y Brendle, J. R. (2005). Communication and social skills in socially anxious and nonanxious individuals in the context of romantic relationships. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 505-519.
- Widiger, T. A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: A commentary on three studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 340-343.
- Wilson, I. (2005). Screening for social anxiety disorder in first year university students. A pilot study. *Australian Family Physician*, 34, 983-984.
- Wittchen, H. -U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N. y Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 15, 46-58.
- Wittchen, H. -U., Stein, M. B. y Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Wolpe, J. y Lang, P. J. (1964). A Fear Survey Schedule for use in behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.
- World Health Organization (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a) CIDI-interview (version 1.0), b) CIDI-user manual, c) CIDI-training manual, d) CIDI-computer programs*. Ginebra: Autor.
- World Health Organization (1993). *Composite International Diagnostic Interview - version 1.1*. Ginebra: Autor.
- World Health Organization (1997a). *Composite International Diagnostic Interview, core version 2.1*. Ginebra: Autor.
- World Health Organization (1997b). *CIDI-auto version 2.1: Administrator's guide and reference*. Sydney: Training and Reference Centre for WHO CIDI.
- World Health Organization (1994). *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)*. Washington, DC: American Psychiatric Research.
- Wu, A. D., Li, Z. y Zumbo, B. D. (2007). Decoding the meaning of factorial invariance and updating the practice of multi-group confirmatory factor analysis: A demonstration with TIMSS data. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 12, 1-26.
- Yonkers, K. A., Dyck, I. R. y Keller, M. B. (2001). An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatric Services*, 52, 637-643.

- Zhao, J., Xing, X. y Wang, M. (2012). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) in Mainland Chinese children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 728-736.
- Zhou, X., Xu, Q., Inglés, C. J., Hidalgo, M. D. y La Greca, A. M. (2008). Reliability and validity of the Chinese version of the Social Anxiety Scale for Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 39, 185-200.
- Zimbardo, P. G. (1977). *Shyness: What it is, what to do about it*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Zubeidat, I., Salinas, J. M., Sierra, J. C. y Fernández-Parra, A. (2007). Psychometric properties of the Social Interaction Anxiety Scale and separation criterion between Spanish youths with and without subtypes of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 603-624.

ANEXOS

Anexo 1. "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO-A30)

"CUESTIONARIO DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADULTOS" (CASO-A30)

(Caballo, Salazar, Arias, Irurtia, Calderero y Equipo de Investigación CISO-A, 2010)

Código: _____ Edad: _____ Mujer Hombre Estudios/Profesión: _____ Curso: _____

A continuación se presenta una serie de situaciones sociales que le pueden producir MALESTAR, TENSIÓN O NERVIOSISMO en mayor o menor grado. Por favor, coloque una equis ("X") en el número que mejor lo refleje según la escala que se presenta más abajo.

En el caso de no haber vivido algunas de las situaciones, imagínese cuál sería el grado de MALESTAR, TENSIÓN O NERVIOSISMO que le ocasionaría y coloque la equis ("X") en el número correspondiente.

GRADO DE MALESTAR, TENSIÓN O NERVIOSISMO

Nada o muy poco 1	Poco 2	Medio 3	Bastante 4	Mucho o muchísimo 5
----------------------	-----------	------------	---------------	------------------------

Por favor, no deje ningún ítem sin contestar y hágalo de manera **sincera**; no se preocupe porque no existen respuestas correctas o incorrectas. Muchas gracias por su colaboración.

1. Saludar a una persona y no ser correspondido/a	1	2	3	4	5
2. Tener que decirle a un vecino que deje de hacer ruido	1	2	3	4	5
3. Hablar en público	1	2	3	4	5
4. Pedirle a una persona atractiva del sexo opuesto que salga conmigo	1	2	3	4	5
5. Quejarme a un camarero de que la comida no está a mi gusto	1	2	3	4	5
6. Sentirme observado/a por personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5
7. Participar en una reunión con personas de autoridad	1	2	3	4	5
8. Hablar con alguien y que no me preste atención	1	2	3	4	5
9. Decir que no cuando me piden algo que me molesta hacer	1	2	3	4	5
10. Hacer nuevos amigos	1	2	3	4	5
11. Decirle a alguien que ha herido mis sentimientos	1	2	3	4	5
12. Tener que hablar en clase, en el trabajo o en una reunión	1	2	3	4	5
13. Mantener una conversación con una persona a la que acabo de conocer	1	2	3	4	5
14. Expresar mi enfado a una persona que se está metiendo conmigo	1	2	3	4	5
15. Saludar a cada uno de los asistentes a una reunión social cuando a muchos no los conozco	1	2	3	4	5
16. Que me gasten una broma en público	1	2	3	4	5
17. Hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones	1	2	3	4	5
18. Que me pregunte un profesor en clase o un superior en una reunión	1	2	3	4	5
19. Mirar a los ojos mientras hablo con una persona a la que acabo de conocer	1	2	3	4	5
20. Que una persona que me atrae me pida que salga con ella	1	2	3	4	5
21. Equivocarme delante de la gente	1	2	3	4	5
22. Ir a un acto social donde sólo conozco a una persona	1	2	3	4	5
23. Iniciar una conversación con una persona del sexo opuesto que me gusta	1	2	3	4	5
24. Que me echen en cara algo que he hecho mal	1	2	3	4	5
25. Que en una cena con compañeros me obliguen a dirigir la palabra en nombre de todos	1	2	3	4	5
26. Decir a alguien que su comportamiento me está molestando y pedir que deje de hacerlo	1	2	3	4	5
27. Sacar a bailar a una persona que me atrae	1	2	3	4	5
28. Que me critiquen	1	2	3	4	5
29. Hablar con un superior o una persona con autoridad	1	2	3	4	5
30. Decirle a una persona que me atrae que me gustaría conocerla mejor	1	2	3	4	5

© Fundación VECA

Anexo 2. Publicaciones y contribuciones presentadas en congresos relacionadas con esta tesis doctoral

ARTÍCULOS

- Caballo, V. E., Salazar, I. C.,** Arias, B., Irurtia, M. J., Calderero, M. y Equipo de Investigación CISO-A España (2010). Validación del "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO-A30) en universitarios españoles: similitudes y diferencias entre comunidades y carreras universitarias. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 5-34. **Índice de impacto JCR 2010: 0.421**
- Caballo, V. E., Salazar, I. C.,** Irurtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. y the CISO-A Research Team (2008). Social anxiety in 18 nations: Sex and age differences. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16, 163-187. **Índice de impacto JCR 2010: 0.421**
- Caballo, V. E., Salazar, I. C.,** Irurtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. y the 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. **Índice de impacto JCR 2010= 2.529**
- Calderero, M., **Salazar, I. C.** y **Caballo, V. E.** (2011). Una revisión de las relaciones entre el acoso escolar y la ansiedad social. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 389-415. **Índice de impacto JCR 2011: 0.683**
- Caballo, V. E., Salazar, I. C.,** Irurtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. y the CISO-A Research Team (2012). The multidimensional nature and multicultural validity of a new measure of social anxiety: The Social Anxiety Questionnaire for Adults (SAQ-A30). *Behavior Therapy*, 43, 313-328. **Índice de impacto JCR 2012: 2.911 (1er cuartil)**

LIBRO

- Caballo, V. E., Salazar, I. C.** y Carrobbles, J. A. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide. ISBN: 978-84-368-2518-3.

CAPÍTULOS DE LIBRO

- Caballo, V. E., Salazar, I. C.,** García-López, L. J. e Irurtia, M. J. (2011). Fobia social: características clínicas y diagnósticas. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobbles (dirs), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 172-199). Madrid: Pirámide. ISBN: 978-84-368-2518-3.
- 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. ISBN: 978-84-9031-048-9.

CONTRIBUCIONES PRESENTADAS EN CONGRESOS

- Salazar, I. C.,** Caballo, V. E. y Equipo de investigación CISO-A (2008, noviembre). *Comparación de dos medidas de autoinforme en el diagnóstico de una muestra multicultural de pacientes con fobia social*. Póster presentado en el II Symposium Internacional sobre Psicología Clínica y de la Salud, Granada, España. ISSN: 978-84-691-6897-4
- Ruiz, M., **Caballo, V. E.** y **Salazar, I. C.** (2008, noviembre). *Evaluación de los aspectos cognitivos implicados en la fobia social*. Póster presentado en el II Symposium Internacional sobre Psicología Clínica y de la Salud, Granada, España. ISSN: 978-84-691-6897-4
- Caballo, V. E., Salazar, I. C.** e Equipe de pesquisa CISO-A (2009, junio). *Desenvolvimento e validação do Questionário de ansiedade social para adultos (CASO-A): dados preliminares com amostras*

- clínicas*. Póster presentado en el II Seminario Internacional de Habilidades Sociales, Rio de Janeiro, Brasil.
- Nobre, L., **Caballo, V. E.**, Guillén, J. L., **Salazar, I. C.** y Calderero, M. (2009, agosto). *Estilos de personalidad e enfrentamento asociados a fobia social*. Póster presentado en el XVIII Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental, Campinas-SP, Brasil.
- Soto, C., **Caballo, V. E.**, **Salazar, I. C.** y Equipo de Investigación CISO-A Chile (2009, octubre). Características de la ansiedad social en Chile. En V. E. Caballo (presidente), *Aplicaciones del CASO-A30 para la evaluación de la ansiedad social en Iberoamérica*. En el VI Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, Santiago de Chile. ISSN: 978-84-692-6267-2
- Caballo, V. E.**, **Salazar, I. C.**, Irurtia, M. J., Arias, B. y Equipo de Investigación CISO-A España (2009, octubre). Avances recientes sobre la evaluación de la ansiedad social en España. En V. E. Caballo (presidente), *Aplicaciones del CASO-A30 para la evaluación de la ansiedad social en Iberoamérica*. En el VI Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, Santiago de Chile. ISSN: 978-84-692-6267-2
- Salazar, I. C.**, **Caballo, V. E.** y Equipo de Investigación CISO-A Colombia (2009, octubre). La ansiedad social en Colombia: tipos y prevalencia por sexo y edad. En V. E. Caballo (presidente), *Aplicaciones del CASO-A30 para la evaluación de la ansiedad social en Iberoamérica*. En el VI Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, Santiago de Chile. ISBN: 978-84-692-6267-2
- Caballo, V. E.**, **Salazar, I. C.**, Irurtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S., García-López, L. J. y CISO-A Research Team (2010, junio). *The "Social Anxiety Questionnaire for Adults" (SAQ-A30): A new measure for the assessment of social anxiety in sixteen Latin American countries, Spain, and Portugal*. Póster presentado en el 6th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Boston, USA.
- Calderero, M., **Salazar, I. C.** y **Caballo, V. E.** (2011, octubre). *Acoso escolar y la ansiedad social: un estudio de revisión sobre su relación y posible causalidad*". Comunicación presentada en las II Jornadas Doctorales de Investigadores "Interculturalidad y Ciencia", Universidad de Granada, España.
- Calderero, M., **Salazar, I. C.** y **Caballo, V. E.** (2011, noviembre). *Relación entre la ansiedad social en universitarios y la historia de acoso escolar*. Póster presentado en el I Symposium Internacional sobre Abuso Psicológico: Aspectos clínicos, sociales y educativos, Granada, España. ISBN: 978-84-615-4256-7
- Salazar, I. C.**, **Caballo, V. E.** y Calderero, M. (2011, noviembre). *Nuevas propiedades psicométricas del "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO-A30)*. Póster presentado en el I Symposium Internacional sobre Abuso Psicológico: Aspectos clínicos, sociales y educativos, Granada, España. ISBN: 978-84-615-4256-7
- Salazar, I. C.**, **Caballo, V. E.** y Calderero, M. (2011, noviembre). *Ansiedad social y depresión en universitarios: validez y fiabilidad del "Cuestionario de ansiedad social para adultos"*. Póster presentado en el I Symposium Internacional sobre Abuso Psicológico: Aspectos clínicos, sociales y educativos, Granada, España. ISBN: 978-84-615-4256-7
- Guerra, C., **Caballo, V. E.**, **Salazar, I. C.**, Calderero, M. y Equipo de Investigación CISO-N Chile (2012, septiembre). *Ansiedad social en niños víctimas de abuso sexual*. Póster presentado en el VII Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, Córdoba, Argentina. ISBN: 978-84-695-4410-5
- Calderero, M., **Salazar, I. C.**, Roma, M., Rodríguez, E. y **Caballo, V. E.** (2012, septiembre). *Historia de acoso escolar en universitarios con y sin ansiedad social*. Póster presentado en el VII Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, Córdoba, Argentina. ISBN: 978-84-695-4410-5

Doctorado en Psicología de la Salud,
Evaluación y Tratamientos Psicológicos

2013 Isabel Cristina Salazar Torres



Universidad de Granada