



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICÓLAS DE HIDALGO

Facultad de Psicología

Propiedades psicométricas de la versión mexicana del Inventario de Fobia Social (SPIN)

TESIS

Que para obtener el grado de Licenciado en Psicología

Presenta

MARCELO ARCHIBALDO BRAVO CALDERÓN

Director de Tesis

DR. FERRAN PADRÓS BLÁZQUEZ

Dedicado a mi hermano Mayo

Llegará una época en la que una investigación diligente y prolongada sacará a la luz cosas que hoy están ocultas. La vida de una sola persona, aunque estuviera toda ella dedicada al cielo, sería insuficiente para investigar una materia tan vasta... Por lo tanto este conocimiento sólo se podrá desarrollar a lo largo de sucesivas edades. Llegará una época en la que nuestros descendientes se asombrarán de que ignoráramos cosas que para ellos son tan claras... Muchos son los descubrimientos reservados para las épocas futuras, cuando se haya borrado el recuerdo de nosotros. Nuestro universo sería una cosa muy limitada si no ofreciera a cada época algo que investigar... La naturaleza no revela sus misterios de una vez para siempre.

SÉNECA, *Cuestiones naturales*, libro 7, siglo primero
(Tomado de Carl Sagan, *Cosmos*)

You have only life to live and there are a lot of fabulous people out there who you can get to know if you will confront your fears instead of always having to play it safe.

David Burns, *Intimate Connections*

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi asesor Ferran Padrós Blázquez por su apoyo a lo largo de este trabajo, así como por todas las cosas que he aprendido de él, desde el momento de conocerlo. Le doy gracias por siempre haberme motivado a “pensar”, y a intentar descubrir el porque de las cosas. Todo ello le agradezco, y espero seguir trabajando con él en futuros proyectos.

Al Psiq. Álvaro Castillo Navarro, por haber conseguido (y aplicado) las muestras clínicas de nuestra investigación. Sin él no hubiera sido posible llevar a cabo el presente trabajo. Gracias Álvaro.

A Rocio por ayudarme en la aplicación de algunas escalas en las muestras de estudiantes. A Yunuen por haber colaborado en el capítulo 4 de esta tesis. Y finalmente a Mayra por apoyarme en las dos cosas (aplicación de escalas y elaboración del capítulo 4).

Por supuesto, a todas las personas que desinteresadamente contestaron los instrumentos de la presente investigación. Así como a los profesores que facilitaron la aplicación de los mismos, en las muestras de estudiantes.

A mis lectores de tesis, los profesores Esteban Gudayol Ferre, Gabriela Navarro Contreras, Ma. Guadalupe Tapia Fernández, y Yunuen Zalapa Medina. A cada uno le agradezco el tiempo dedicado a revisar mi trabajo, así como las sugerencias que pudieron darme.

También quiero agradecer a la Mtra. Adriana González Zepeda, por haber revisado el protocolo de investigación del presente trabajo. Así como por todo el apoyo y aprendizajes que he tenido al trabajar con ella (en varios proyectos). En suma le agradezco por ser una persona importante en mi formación.

A la Mtra. Blanca Pintor Sánchez por haberme orientado y acompañado a lo largo de este proceso (y en algunos otros).

Le doy gracias a mi Papá y a mi Mamá, por siempre haberme apoyado, confiado y creído en mí. Asimismo agradezco a mis hermanos (y hermana), a mis tías, a mi mamá Pachita, y a mi familia en general... por el simple hecho de haber estado ahí.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1. LA ANSIEDAD Y SUS TRASTORNOS	4
1.1 Ansiedad, miedo, fobia y pánico	4
1.2 Sistemas de respuesta de la ansiedad	5
1.2.1 Sistema fisiológico.....	5
1.2.2 Sistema conductual	5
1.2.3 Sistema cognitivo.....	6
1.3 Funciones de la ansiedad	7
1.4 Ansiedad normal y patológica	8
1.5 Trastornos de ansiedad	9
1.6 Modelos explicativos de la ansiedad	10
1.6.1 Modelos conductuales.....	10
1.6.2 Modelos cognitivos.....	12
2. FOBIA SOCIAL	16
2.1 Definición y criterios diagnósticos	16
2.2 Subtipos	16
2.3 Situaciones sociales temidas.....	17
2.4 Componentes	18
2.4.1 Componentes fisiológicos	18
2.4.2 Componentes conductuales.....	19
2.4.3 Componentes cognitivos	19
2.5 Conceptos relacionados	20
2.5.1 Asertividad	20
2.5.2 Introversión	21
2.5.3 Timidez	21
2.5.4 Trastorno de la personalidad por evitación	21
2.6 Epidemiología.....	22
2.7 Comorbilidad y diagnóstico diferencial.....	23
2.7.1 Comorbilidad	23
2.7.2 Diagnóstico diferencial	24
2.8 Modelos explicativos	25
2.8.1 El modelo de Barlow	25
2.8.2 El modelo de Clark y Wells.....	27
2.8.3 El modelo de Rapee y Heimberg.....	30

3. EVALUACIÓN DE LA FOBIA SOCIAL.....	32
3.1 Objetivos de la evaluación.....	32
3.2 Entrevistas.....	32
3.2.1 Entrevista clínica.....	32
3.2.2 Entrevistas semiestructuradas	33
3.3 Autorregistros	34
3.4 Observación conductual.....	36
3.5 Registros psicofisiológicos	37
3.6 Autoinformes	38
4. ELABORACIÓN Y ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	42
4.1 Instrumentos de medida	42
4.2 Elaboración de instrumentos.....	42
4.2.1 Conceptualización de la prueba	43
4.2.2 Construcción de la prueba.....	43
4.2.3 Ensayo de la prueba	44
4.2.4 Aplicación empírica	45
4.2.5 Revisión de la prueba.....	47
4.3 Adaptación de instrumentos.....	47
5. MÉTODO	49
5.1 Sujetos.....	49
5.2 Instrumentos.....	49
5.3 Procedimiento	51
6. RESULTADOS	52
6.1 Valores perdidos	52
6.2 Datos normativos	52
6.3 Estructura interna.....	53
6.4 Consistencia interna y descripción de los ítems	55
6.5 Confiabilidad test-retest.....	55
6.6 Validez convergente y discriminante.....	56
6.7 Poder discriminativo	56
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	57

REFERENCIAS

ANEXOS

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue analizar las propiedades psicométricas del Inventario de Fobia Social (SPIN), debido a la ausencia en nuestro país de un instrumento que evalúe este trastorno de ansiedad. El número total de participantes fue de 575 sujetos, divididos en 4 muestras. Las muestras “A” ($n = 383$) y “B” ($n = 367$) estuvieron formadas por estudiantes universitarios –de los cuáles 276 pertenecieron a ambas muestras–, la muestra “C” correspondió a sujetos diagnosticados con fobia social ($n = 51$), y la “D” ($n = 50$) a individuos con trastorno de ansiedad generalizada. La media del SPIN en las muestras de estudiantes, fue de 13.20 ($DE = 8.92$) y de 12.63 ($DE = 9.48$); por su parte, en personas con fobia social fue de 52.39 ($DE = 4.07$), y en sujetos con ansiedad generalizada de 24.02 ($DE = 8.71$). En la estructura interna, se consideró mejor la solución de un solo factor. La escala mostró una excelente consistencia interna ($\alpha = 0.959$), y una buena confiabilidad test-retest ($r = 0.813$) a 6 semanas. Se correlacionó el SPIN con otras medidas, y las correlaciones más elevadas fueron con las escalas que también median fobia social (SIAS, $r = 0.719$; SPS, $r = 0.675$; BFNE, $r = 0.621$), en tanto que las más bajas fueron con las que median otros constructos (BAI –ansiedad–, $r = 0.430$; BDI –depresión–, $r = 0.397$; EG –gaudibilidad–, $r = -0.372$); indicando de esta manera, una adecuada validez convergente y discriminante. Finalmente, el instrumento mostró ser capaz de diferenciar entre fobia social y trastorno de ansiedad generalizada ($t = 20.90$, $gl = 69.11$, $p < 0.001$). Tomando en cuenta los resultados obtenidos, se puede concluir que la versión mexicana del SPIN es una medida válida y confiable para la evaluación de la fobia social.

INTRODUCCIÓN

Todos en alguna u otra ocasión nos hemos sentido nerviosos, preocupados, tensos y/o asustados. Son muchos los nombres que se le pueden poner a ese estado, en el cuál podemos sentir que el corazón late más rápido, que nuestras piernas tiemblan, o que nuestras manos sudan. Pero de cualquier manera, estamos refiriéndonos a eso llamado *ansiedad*.

La ansiedad cumple con una función muy importante. Es una especie de sistema que nos protege (o más bien nos prepara) ante los peligros y amenazas, aún cuando los mismos no estén presentes. Por ejemplo, si vamos en la noche por una calle oscura y sabemos que en ella han asaltado a varias personas, lo más razonable es que busquemos un camino alternativo. Pero resulta que si no experimentáramos una dosis de ansiedad, seguiríamos avanzando por esa calle, yendo al probable encuentro de un asaltante. Lo más interesante es que somos capaces de tomar esas precauciones, sin necesidad de tener a un sujeto apuntándonos con una pistola (para lo cuál ya sería muy tarde ir por el camino alternativo).

Sin embargo, esta capacidad de “predecir” peligros obviamente tiene sus inconvenientes. Por ejemplo, ¿qué pasaría si en la noche no pudiéramos dormir, por el temor a que hubiera un terremoto y muriéramos al caer el techo encima? Lógicamente ¡tendríamos unas noches terribles! Pero resulta que ese miedo estaría fundado en una amenaza inexistente (o más bien en una *muy* improbable), ocasionándonos estados de ansiedad exagerados, que no corresponden con las demandas actuales del medio. Aquí es precisamente donde se diferencia la ansiedad normal y adaptativa (que nos ayuda a prevenir peligros reales), de la ansiedad patológica.

Existen muchos trastornos de ansiedad, pero el que nos interesa en este trabajo es la *fobia social* (también llamada trastorno de ansiedad social), la cuál consiste básicamente en un miedo intenso y persistente a una o más situaciones sociales (American Psychiatric Association, 2000). De acuerdo a diversos estudios (Acarturk, Ron de Graaf, van Straten, ten Have y Cuijpers, 2008; Chartier, Walker y Stein, 2003; Furmark, 2002; Simon *et al.*, 2002; Stein, Torgrud y Walker, 2000; Torgrud *et al.*, 2004) este trastorno presenta una gran comorbilidad, está asociado con un deterioro en la calidad de vida, con una baja tasa de apoyo social, y con dificultades académicas, laborales y sociales.

Por lo que es fundamental, contar con instrumentos adecuados que evalúen la presencia y gravedad de la fobia social. Tanto para poder detectar casos, como para evaluar la eficacia de los tratamientos empleados. Sin embargo, –hasta donde nos ha sido posible investigar– en nuestro país no existe ninguna escala que haya sido adaptada o creada, para evaluar este trastorno. Por lo que el objetivo de nuestro trabajo, es analizar en población mexicana las propiedades psicométricas del Inventario de Fobia Social –SPIN– (Connor *et al.* 2000), el cuál ha demostrado tener unas sólidas propiedades psicométricas, además de ser breve y fácil de calificar.

El marco teórico de nuestra investigación, comprende del capítulo uno al cuatro. El capítulo 1 aborda la ansiedad y sus trastornos, el 2 hace una revisión de la fobia social, en el 3 se analizan las distintas maneras de evaluar este trastorno, y en el 4 se trata la

construcción y adaptación de instrumentos de medida. Por su parte, los capítulos 5, 6 y 7 se refieren al método, resultados y discusión, respectivamente.

Para finalizar, es conveniente aclarar un punto que no se aborda en ninguna parte de la tesis. Nos referimos al hecho de que cuando se habla de fobia social, pareciera que la ansiedad social es totalmente negativa y patológica, lo cuál no es del todo cierto. Ya que como dicen Marzillier y Winter (1983, en Caballo, 1997), puede que ésta sea un rasgo útil en nuestra vida social, ya que nos proporciona la fuerza dinámica que brinda energía a nuestras interacciones con los demás y nos motiva a buscar estimulación social. De esta manera, la ansiedad social es parte de nuestra vida normal, y seguramente sin ella nuestras relaciones sociales serían monótonas y aburridas. Por lo que en definitiva, todos de alguna manera experimentamos ansiedad social, pero no todos padecemos fobia social (la cuál vendría siendo el extremo patológico).

LA ANSIEDAD Y SUS TRASTORNOS

1.1 ANSIEDAD, MIEDO, FOBIA Y PÁNICO

La ansiedad es uno de los conceptos centrales de la psicología. Las principales teorías de la personalidad y de la psicopatología han utilizado a la ansiedad como un importante concepto explicativo, y los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos más frecuentemente atendidos por los terapeutas (Nietzel, Bernstein y Rusell, 1993).

Se puede decir que “la *ansiedad* es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprehensión respecto del futuro” (APA, 1994; Barlow, 1988; en Barlow y Durand, 2001, p. 128). De manera general, está se presenta cuando un peligro o amenaza potencial son detectados, realizándose entonces una evaluación del riesgo; además de manifestarse un estado tenso de alerta, inhibición conductual y si es posible evitación de la situación (Becerra-García, Madalena, Estanislao, Rodríguez-Rico y Dias, 2007).

Barlow y Durand (2001) nos dicen que el *miedo* en cambio es una reacción de alarma inmediata ante el peligro, lo cual activa una respuesta masiva del sistema nervioso autónomo; que junto con la sensación subjetiva de terror, nos prepara para afrontar la amenaza al motivarnos a huir o a luchar. El miedo se manifiesta cuando el peligro está presente y muy próximo, siendo las respuestas fisiológicas muy similares a las que se presentan en la ansiedad, pero las respuestas conductuales pueden ser diferentes –reacción de “huida o lucha”– (Becerra-García *et al.*, 2007).

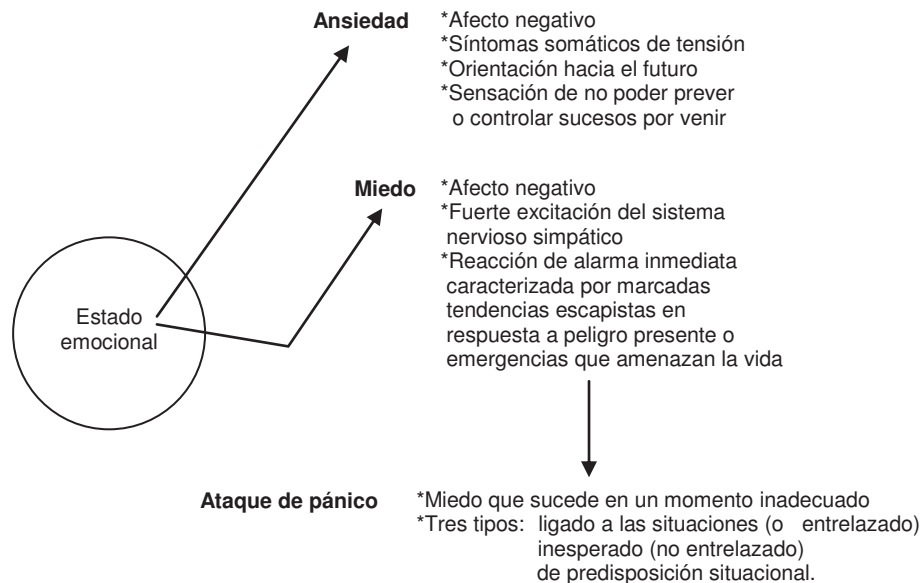


Figura 1. Relación entre la ansiedad, el miedo y el ataque de pánico (tomado de Barlow y Durand, 2001b).

Por su parte, las *fobias* pueden considerarse como miedos persistentes en el tiempo que están asociados con una conducta de evitación que limita el funcionamiento (Craske, Vansteenwegen y Hermans, 2008). En tanto, se ha sugerido que un ataque de *pánico* podría consistir en la respuesta de alarma del miedo verdadero, con la diferencia de que no existe un peligro real (Barlow y Durand, 2001). En la Figura 1 puede observarse la relación entre la ansiedad, el miedo y el ataque de pánico.

Aunque los conceptos de ansiedad y miedo, estrictamente tienen significados diferentes, muchas de las veces por cuestiones prácticas se usan indistintamente (p. ej. Craske, Hermans y Vansteenwegen, 2008a; Nietzel *et al.*, 1993). Por lo que en los apartados siguientes estos términos se usarán de manera intercambiable, a menos que se especifique lo contrario.

1.2 SISTEMAS DE RESPUESTA DE LA ANSIEDAD

Lang (1971, en Craske *et al.*, 2008b) ha sugerido que las reacciones de ansiedad comprenden tres sistemas de respuesta que se unen indirectamente: el cognitivo, el conductual y el psicofisiológico. El sistema cognitivo se refiere a las percepciones de peligro y amenaza, y a las verbalizaciones de miedo. El conductual hace referencia a las conductas de escape y evitación, así como a la interferencia en las capacidades de aprendizaje y desempeño. En tanto que el sistema fisiológico, se refiere básicamente a la activación simpática y parasimpática del sistema autónomo.

Estos sistemas de respuesta son interactivos entre ellos, y pueden ser considerados tanto “estímulos” como “respuestas”, debido a la influencia mutua que ejercen unos con los otros. Por ejemplo, los pensamientos ansiosos pueden aumentar la conciencia de los síntomas fisiológicos, lo cuál genera a su vez más pensamientos de miedo (Craske *et al.*, 2008b). Lang (1971, en Craske *et al.*, 2008b) también ha propuesto que los sistemas de respuesta son en cierta manera independientes –ya que no correlacionan muy alto entre sí–; por lo que un individuo podría reportar miedo en la ausencia de respuestas fisiológicas, o presentar dichas respuestas autonómicas sin la presencia de ansiedad informada o de cambios conductuales.

1.2.1 SISTEMA FISIOLÓGICO

En la Tabla 1 se muestran las respuestas fisiológicas más importantes de la ansiedad; se especifican los cambios producidos en el organismo, las sensaciones experimentadas por la persona, y los beneficios que tendría dicha activación fisiológica en caso de presentarse un peligro real.

1.2.2 SISTEMA CONDUCTUAL

Como se mencionó anteriormente, el sistema conductual se manifiesta básicamente en las conductas de escape y evitación de las situaciones –u objetos– productoras de ansiedad. Sin embargo, también puede hacer referencia a que el individuo intente hacer las cosas

perfectamente o pretenda controlar los eventos para prevenir el peligro (Greenberger y Padesky, 1998), lo cuál es conocido como “conductas de seguridad”. Asimismo, la interferencia sobre el funcionamiento motor o el desempeño (p. ej. tartamudeo, bloqueos en el habla y disminución de la destreza motriz) también serían respuestas conductuales (Nietzel *et al.*, 1993).

Tabla 1. Respuestas fisiológicas de la respuesta de alarma. En donde se observa tanto el cambio en el organismo como la sensación experimentada por el individuo, así como el beneficio de dicha activación –en caso de presentarse un peligro real– (tomado de Bados, 2002).

CAMBIOS EN EL ORGANISMO	BENEFICIOS	SENSACIONES (si la activación es intensa)
Aumento de la presión sanguínea y de la tasa cardíaca	Lleva rápidamente la sangre a los brazos y las piernas, para poner los músculos en tensión	Taquicardia, palpitaciones
Aumento de la frecuencia de la respiración	Aumenta el suministro de oxígeno a los músculos (porque en caso de activarse se va a consumir gran cantidad)	Sensación de ahogo, dolor en el pecho (si el oxígeno no es metabolizado)
Aumento de la tensión muscular	Prepara para la acción (huída o ataque) en las mejores condiciones posibles	Tensión, dolor muscular, temblores, calambres. Si tensión cervical mareo, dolor de cabeza
Dilatación de la pupila	Aumenta el campo visual para captar cualquier señal de peligro	Sensibilidad a la luz, puntos luminosos, visión borrosa
Aumento de la sudoración	Refrigera el cuerpo	Sudor, calor, sofocos, escalofríos
Distribución mayor en los grandes músculos y menos en la piel y dedos	Proporciona más energía a los músculos más fuertes. En caso de herida reduce la pérdida de sangre	Hormigueo, pérdida de sensibilidad y palidez
Redistribución del flujo sanguíneo cerebral; menos sangre en el área prefrontal y más a las áreas motoras	Facilita centrarse en la acción (luchar o escapar) más que en análisis reflexivo, lo cual es útil en casos de peligro	Atención selectiva hacia el peligro, dificultad para pensar con claridad, mareo, sensación de irritabilidad
Lentitud y alteración en todo el proceso digestivo	Debido a que hay menos cantidad de sangre disponible	Sensación de boca seca, molestias estomacales y náuseas
Secreción de glúcidos y lípidos a la sangre	Aporta combustible para tener el máximo de energía	No hay sensaciones perceptibles
Liberación de factores de coagulación en la sangre	En caso de herirse, disminuye la hemorragia	No hay sensaciones perceptibles
Liberación de analgésicos naturales	En caso de herirse se siente menor dolor y permite seguir huyendo o atacando	No hay sensaciones perceptibles

1.2.3 SISTEMA COGNITIVO

Cuando una persona experimenta ansiedad, se está diciendo a sí misma que corre algún peligro o que está a punto de ocurrir algo terrible (Burns, 2006). Dicho peligro –o amenaza– puede ser físico o social, sin embargo la percepción del mismo es diferente en cada persona. Los pensamientos del individuo están orientados al futuro y predicen

catástrofes, por lo que el tema característico de la ansiedad es que “algo terrible va a ocurrir” (Greenberger y Padesky, 1998).

1.3 FUNCIONES DE LA ANSIEDAD

A continuación se explicará la función e importancia de la ansiedad, de acuerdo a lo expuesto por modelos animales. En los seres humanos existen ciertas semejanzas con los animales –que serán vistas adelante– que se sugieren fueron heredadas por un ancestro común (posiblemente muy antiguo), por lo que de esta manera se justifica el estudio de las emociones en los animales para el entendimiento de las mismas en los humanos (Becerra-García *et al.*, 2007).

Quinn y Fanselow (2008) mencionan que biológicamente el miedo se podría definir como un sistema conductual funcional –diseñado a través de la evolución– que permite a un organismo defenderse contra las amenazas. Al ser los organismos presas potenciales, han desarrollado distintas *fases de defensa*; cada una de las cuáles es producto de diferentes condiciones de estímulos, y son la causa de distintas características de la conducta defensiva (la cuál se ha diseccionado más sistemáticamente en la rata). La percepción que tiene la presa acerca del nivel de riesgo, es lo que determina la fase de defensa (Fanselow y Lester, 1988, en Quinn y Fanselow, 2008).

El nivel de riesgo puede ser ubicado a lo largo de un *continuum*, en donde por un extremo se encuentra la seguridad absoluta y por el otro el ser consumido por un depredador –muerte– (véase Figura 2). Este continuum de *inminencia predatoria*, se refiere más a la percepción psicológica de lo inminente del peligro, que por ejemplo a la distancia física del depredador (Quinn y Fanselow, 2008).

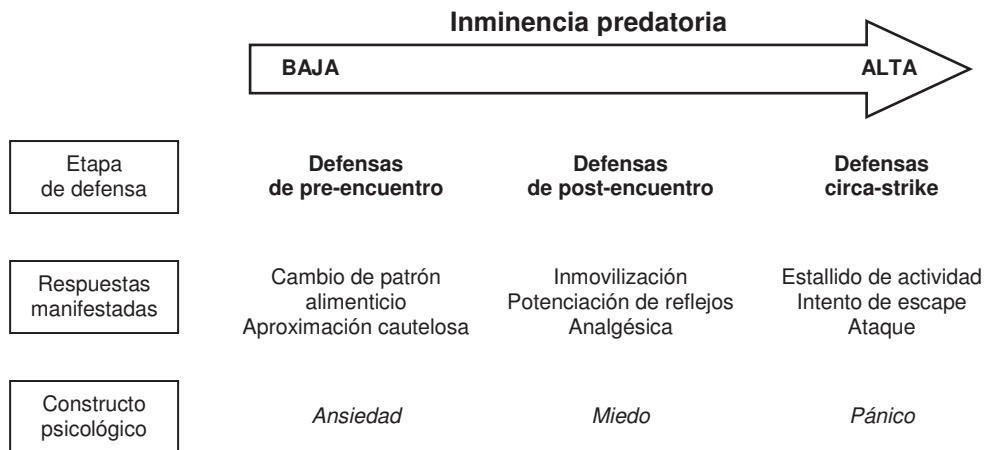


Figura 2. En el *continuum* de inminencia predatoria, el nivel de amenaza percibido está determinado por las condiciones de estímulo ambientales; lo cuál desencadena distintas etapas de defensa con respuestas adaptativas de acuerdo al nivel de amenaza. Se cree que la ansiedad, el miedo y el pánico existen a lo largo de este *continuum* (tomado de Quinn y Fanselow, 2008).

Tanto la intensidad como las características de la conducta defensiva cambian de acuerdo a la inminencia predatoria. Estas respuestas defensivas observadas en condiciones controladas, son similares a las del hábitat natural del organismo. Las conductas defensivas también se obtienen por medio de estímulos que señalan el peligro, y muchas de ellas se aprenden con la experiencia (Quinn y Fanselow, 2008).

De acuerdo con Quinn y Fanselow (2008), las conductas que se encuentran al inicio del continuum –en donde la inminencia predatoria es baja pero no inexistente– reciben el nombre de *defensas de pre-encuentro*, las cuáles pueden corresponder a los estados afectivos de ansiedad y preocupación.

Cuando un depredador es detectado, pero el ataque no es inmediato o seguro, se manifiestan las *defensas de post-encuentro* (Fanselow y Lester, 1988, en Quinn y Fanselow, 2008). Y como dicen Quinn y Fanselow (2008), dicho nivel de inminencia predatoria se estaría refiriendo al estado afectivo de miedo.

En tanto que al entrar en contacto directo con el depredador, la conducta es vigorosa, activa y muy variable (Quinn y Fanselow, 2008); lo que indica las *defensas circa-strike* (Fanselow y Lester, 1988, en Quinn y Fanselow, 2008). Dichos comportamientos han sido asociados con las conductas que se manifiestan en los ataques de pánico experimentados por los seres humanos (Becerra-García *et al.*, 2007; Fanselow y Lester, 1988, en Quinn y Fanselow, 2008).

Quinn y Fanselow (2008), indican que bajo este esquema, la preocupación, la ansiedad, el miedo y aún el pánico tienen en sí mismas una función adaptativa. Ya que las conductas correspondientes a cada estado afectivo, coinciden con las demandas que se están presentando en el ambiente. De esta manera, desde una perspectiva evolutiva, la ansiedad cumple la función de protección del individuo contra peligros físicos y sociales; lo cuál se logra además, sin necesidad de que el organismo entre en contacto directo con las amenazas del medio (Becerra-García *et al.*, 2007).

1.4 ANSIEDAD NORMAL Y PATOLÓGICA

La diferencia entre la ansiedad normal y la patológica, radica en que la primera es resultado de una percepción realista del peligro, por lo que puede salvarnos la vida al enfrentarnos a una amenaza verdadera. En tanto que la ansiedad patológica no está relacionada con ningún peligro verdadero, y no cumple ninguna función útil (Burns, 2006).

Ellis (2000) menciona que los miedos realistas –racionales– surgen cuando uno observa que algo malo puede pasar si se actúa de cierta manera, y que existen muchas posibilidades de que dicha cosa ocurra realmente. Por su parte, en los miedos no realistas –irracionales– es muy improbable que ocurra alguna de esas cosas que se temen; ya que se toma una pequeña probabilidad –una entre un millón– como algo muy posible, llevando al individuo a fuertes estados de ansiedad cuando en realidad no existe peligro alguno o es de muy baja magnitud.

Por lo que la ansiedad normal nos permite el control de nuestras emociones, y ayuda a manejar eficientemente situaciones difíciles o peligrosas. Al contrario, la ansiedad patológica nos hace perder el control y por resultado afrontar mal –e incluso desastrosamente– los riesgos y problemas con los que nos encontramos (Ellis, 2000).

Por ejemplo, si al cruzar la calle tenemos cierta dosis de ansiedad –normal–, cruzamos con cuidado haciendo caso del semáforo, estamos atentos a los coches que pasan y cruzamos con cierta prisa. Pero si tenemos una ansiedad extrema, tal vez crucemos precipitadamente, miremos en la dirección equivocada, o simplemente nos matemos accidentalmente al tropezarnos y caer enfrente de un automóvil (Ellis, 2000). El primer tipo de ansiedad es benéfico y nos ayuda, el segundo evidentemente no.

1.5 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Cuando los estados de ansiedad son exagerados, ocurren en presencia de estímulos poco intensos –cuando en otros individuos no se manifiestan– o suceden de manera continua, generan *trastornos de ansiedad* (Becerra-García *et al.*, 2007). Barlow y Durand (2001b) sugieren que la ansiedad y el pánico se combinan de tal manera, que crean distintos trastornos de ansiedad. Pero podríamos decir simplemente que en estos trastornos, el miedo funciona como un “dispositivo antirrobo defectuoso”, que se activa para prevenirnos de un peligro inexistente (Echeburúa, 1992).

Parece ser que los trastornos de ansiedad son los trastornos más prevalentes (Benjet *et al.*, 2009; Medina-Mora *et al.*, 2003), y el 14.3% de la población mexicana los ha experimentado alguna vez en la vida (Medina-Mora *et al.*, 2003). Y es de esperar un grado considerable de comorbilidad entre los mismos, simplemente por el hecho de que comparten un elemento central –la ansiedad– (Nutt y Ballenger, 2005). A continuación, en la Tabla 2 se muestran dichos trastornos de manera resumida de acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2000).

Tabla 2. Definición de los trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR (APA, 2000). Cabe destacar que tanto el *ataque de pánico* como la *agorafobia* no son en sí mismos etiquetas diagnósticas, pero se exponen al principio porque son condiciones que pueden aparecer en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad y son importantes para establecer el diagnóstico diferencial.

El *ataque de pánico (crisis de angustia)* se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprehensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estos ataques también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control.

La *agorafobia* se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares.

El *trastorno de pánico (angustia) sin agorafobia* se caracteriza por ataques de pánico recidivantes e inesperados que causan un estado de permanente preocupación al paciente. El *trastorno de pánico (angustia) con agorafobia* se caracteriza por ataques de pánico y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

La *agorafobia sin historia de trastorno de pánico (angustia)* se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares al pánico en un individuo sin antecedentes de ataques de pánico inesperados.

La *fobia específica* se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

La *fobia social* se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar a lugar a comportamientos de evitación.

El *trastorno obsesivo-compulsivo* se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativo) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

El *trastorno por estrés postraumático* se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

El *trastorno por estrés agudo* se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

El *trastorno de ansiedad generalizada* se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

El *trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica* se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

El *trastorno de ansiedad inducido por sustancias* se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

El *trastorno de ansiedad no especificado* recoge aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).

1.6 MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ANSIEDAD

Los factores etiológicos de la ansiedad incluyen la constitución (el temperamento y la genética), así como las experiencias de aprendizaje, las cuales definen sí –y cuales– los estímulos se convierten en temibles. Sin embargo, una de las conclusiones a las que se ha llegado desde el conjunto de investigaciones genéticas, es que la influencia de las mismas a la etiología de la ansiedad es general y no específica a un trastorno. Por lo que queda mucho espacio para las experiencias de aprendizaje en la generación de trastornos de ansiedad específicos (Craske *et al.*, 2008b).

Los modelos de la ansiedad que se revisan a continuación, están divididos en *conductuales* y *cognitivos*, pero esta división obedece únicamente a fines prácticos. Ya que como dicen Eelen y Vervliet (2008), es difícil imaginar una conducta que no se encuentre influenciada por procesos cognitivos (aún en los perros de Pavlov) o identificar la función de las cogniciones sin buscar una expresión conductual.

1.6.1 MODELOS CONDUCTUALES

La asociación de un estímulo condicionado (EC) –originalmente neutro– con una experiencia aversiva o traumática (estímulo incondicionado –EI–), se considera el mecanismo básico de la adquisición del miedo (Hermans, Vantseenwegen y Craske, 2008). Robles y Páez (2007) muestran este mecanismo de *condicionamiento clásico*, con un ejemplo de miedo a los elevadores (véase Tabla 3).

Mineka y Sutton (2008) revisan algunas críticas que ha recibido este enfoque de condicionamiento (p. ej. mucha gente no puede recordar eventos traumáticos en el inicio de

sus fobias), y presentan una versión asociativa nueva y revitalizada del inicio de los miedos y fobias. Antes que nada, aclaran citando a Rachman (1990), que además del condicionamiento directo, existen otras dos vías asociativas para la adquisición del miedo: *adquisición observacional* (observar a una persona asustada ante un objeto o situación) y *aprendizaje instrumental* (ver, escuchar o leer información terrible acerca de un objeto o situación).

Tabla 3. Esquema de condicionamiento clásico para el miedo a los elevadores (adaptado de Robles y Páez, 2007). Están ejemplificados el estímulo incondicionado (EI), la respuesta incondicionada (RI), el estímulo neutro (EN), el estímulo condicionado (EC) y la respuesta condicionada (RC).

EI = RI	Ruido fuerte = sobresalto
EN = no RI	Elevador = no sobresalto
EI + EN = RI	Al ir dentro de un elevador (EN) que de pronto se escuche un ruido fuerte (EI), y el aparato se quede detenido durante 5 minutos.
EC = RC	Elevador = sobresalto

Después mencionan que las experiencias de aprendizaje no son siempre suficientes para el desarrollo de un miedo o fobia. Ya que entre los individuos existe una gran cantidad de diferencias temperamentales y experienciales, que afectan significativamente el resultado de estas experiencias de aprendizaje (algunas aumentan la vulnerabilidad y otras la disminuyen). Estas variables pueden actuar solas o conjuntamente, para determinar la cantidad de miedo que se experimenta en la situación, así como cuánto del mismo se adquiere y mantiene en el futuro.

Mineka y Sutton (2008) dicen que una de estas variables experienciales es la *inhibición latente*, en la cuál, los sujetos que tienen una exposición previa a un EC –antes de una experiencia aversiva–, manifiestan un grado menor de miedo condicionado en comparación con el que se hubiera tenido con un EC totalmente novedoso. Sin embargo, por medio de la *inmunización* se puede dar una atenuación aún más fuerte del miedo condicionado; ésta se refiere a que un sujeto primero observe a otro que no tiene miedo ante un EC –en ese entonces neutro–, antes de tener una experiencia aversiva directa u observacional con dicho EC.

Además, agregan que las experiencias previas que se refieren a la capacidad del individuo para controlar aspectos de su ambiente, también tienen efectos en el condicionamiento del miedo. Ya que tener una *percepción de control* o dominio, puede disminuir este condicionamiento; ya sea por reducir la intensidad de la reacción ante la situación temida o por aumentar el grado de habituación a la misma –o ambas–. Estos autores terminan concluyendo, que “una versión asociativa contemporánea de la adquisición de un miedo o una fobia persistentes es la teoría más validada, exhaustiva y convincente” (Mineka y Sutton, 2008, p. 104).

Para finalizar, también es importante mencionar las aportaciones del *condicionamiento operante* en el mantenimiento de los miedos y fobias. Resulta que existe una conexión entre el objeto temido –o situación– y el peligro percibido (consecuencia aversiva), así que al

escapar de la situación (terminación del evento aversivo) se reduce la ansiedad. Con lo que las conductas de escape y evitación son reforzadas mediante la reducción de la ansiedad –reforzamiento negativo–, dificultando de esta manera la exposición a la situación temida –con lo cual se eliminaría el miedo– (Kazdin, 1996).

1.6.2 MODELOS COGNITIVOS

A continuación abordaremos la ansiedad de acuerdo a la *terapia racional emotivo conductual* (TREC) de Ellis y a la *terapia cognitiva* (TC) de Beck. Para posteriormente presentar la *teoría cognitiva del estrés* de Lazarus y Folkman, la cual a decir de los propios autores, es muy compatible con los modelos cognitivos anteriores.

En la primera parte de la Figura 3 se muestra el ABC de Ellis, en el cual se observa como un acontecimiento activante (A) es interpretado o evaluado por el sujeto (B), produciendo una serie de consecuencias –ansiedad– (C). Es de destacar que dichas consecuencias no solo son emocionales –ansiedad–, sino también conductuales –p. ej. escape y evitación– (Ellis, 2000; Lega, Caballo y Ellis, 1998). Esta relación entre la situación activante, los pensamientos, las emociones y conductas, es idéntica a la que propone Beck en su terapia cognitiva (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999; Greenberger y Padesky, 1998).

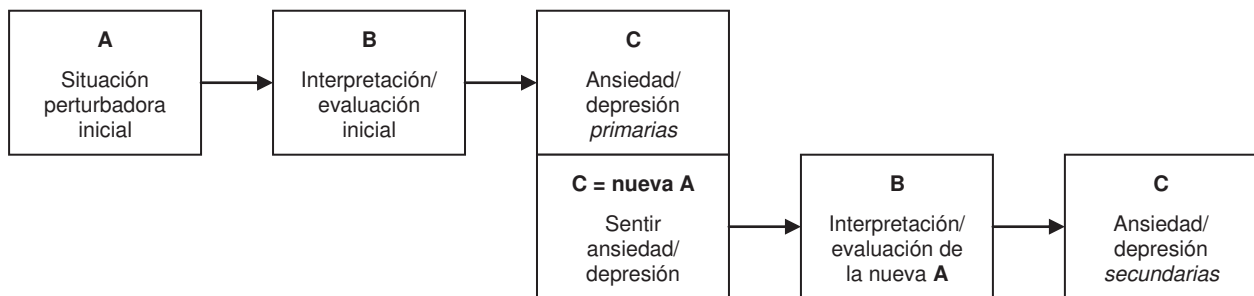


Figura 3. El ABC de Ellis, en donde se muestra como un acontecimiento (A) es interpretado por el individuo (B) produciendo una serie de consecuencias (C). A su vez, la C resultante (ansiedad) puede convertirse en una nueva A, produciendo así ansiedad *secundaria* (tomado de Lega, Caballo y Ellis, 1998).

Además, se distinguen tres niveles de conciencia cognitiva: los pensamientos automáticos, las asunciones (creencias intermedias) y las creencias nucleares (o esquemas). Los *pensamientos automáticos* son los más accesibles ya que se encuentran en el flujo de nuestra conciencia, y pueden ser identificables preguntando “¿qué estaba pasando por mi cabeza en ese momento?” –p. ej. “va a pasar algo malo”–. En cambio las *asunciones* son reglas que orientan nuestras acciones y expectativas, y no son tan obvias ya que se asumen en silencio –p. ej. “sí las personas me conocen realmente me rechazarán, lo cual sería terrible y no podría soportarlo”– (Greenberger y Padesky, 1998; Lega *et al.*, 1998).

En tanto, las *creencias nucleares* son afirmaciones generales, absolutistas e inflexibles que: a) se forman de experiencias tempranas; b) son la base para seleccionar, discriminar y codificar los estímulos; y c) son la base para categorizar, evaluar experiencias y distorsionar las situaciones reales. Dichos esquemas imponen un “túnel perceptivo” sobre la experiencia, y sí la información no encaja en el esquema del individuo, éste puede buscar

nueva información, distorsionar la misma o cambiar el esquema –que es lo menos frecuente– (Lega *et al.*, 1998). Estas creencias nucleares pueden agruparse en tres áreas: las referidas a uno mismo, a los demás y al mundo en general (Ellis, 2000; Greenberger y Padesky, 1998; Lega *et al.*, 1998); y de ellas son “engendrados” los otros dos niveles de conciencia cognitiva (pensamientos automáticos y creencias intermedias).

Desde la TREC, estos esquemas disfuncionales están conceptualizados en términos de “debería” y “tendría que” (véase Tabla 4). El problema de estas *exigencias absolutistas*, es que bajo cualquier condición y en todo momento “deben” de cumplirse, lo cuál es imposible tanto lógicamente como empíricamente (Ellis, 2000; Lega *et al.*, 1998).

Tabla 4. Ejemplos de creencias nucleares (en las tres áreas) que pudiera tener una persona con ansiedad, desde la terapia racional emotivo conductual de Ellis.

<i>Uno mismo</i>	“Debo de ser totalmente capaz y hábil en cualquier cosa/situación”
<i>Los demás</i>	“Los demás siempre <i>deberían</i> aceptarme y tratarme bien”
<i>El mundo</i>	“Las condiciones de mi vida <i>deberían</i> de ser cómodas y seguras”

De estas exigencias absolutistas se derivan tres *conclusiones irracionales* (que de acuerdo a Ellis vendrían siendo el segundo nivel de creencias): tremendismo, no-soportitis y condenación. El *tremendismo* se refiere a la tendencia a resaltar excesivamente lo negativo de una situación –p. ej. “es horrible/terrible”–. La *baja tolerancia a la frustración* (o no-soportitis) es la exageración de lo insoportable de un acontecimiento y a calificarlo como insufrible –p. ej. “no podría soportarlo”–. Y la *condenación* (o evaluación global de la valía del ser humano) es la tendencia a menospreciar o infravalorar la valía de uno mismo, de los demás y/o del mundo en general –p. ej. “soy un inútil”– (Ellis, 2000; Lega *et al.*, 1998).

Es importante mencionar que desde la TREC, se pueden distinguir dos tipos de ansiedad. La primera de ellas es la *ansiedad del ego* –que está relacionada con la ansiedad social–, la cuál se origina cuando el individuo piensa que: *a)* su valor como persona está siendo amenazado, *b)* siempre “debe” comportarse perfectamente, *c)* es horrible y catastrófico cuando falla y/o si otras personas le rechazan cuando “deberían” aceptarlo. Por su parte, la *ansiedad situacional* es el segundo tipo, el cual suele manifestarse en ciertas situaciones de “incomodidad” o de “peligro” (p. ej. fobias específicas); y puede consistir en un síntoma primario (p. ej. miedo a los elevadores) o secundario (más ansiedad por estar ansioso) –véase Figura 3– (Lega *et al.*, 1998).

Ahora enfocándonos a la TC de Beck, podemos ver que una situación amenazante (A) desencadena ansiedad (C) si el sujeto se considera a sí mismo como vulnerable (B) –véase el primer ABC de la Figura 3–. En un principio, el individuo realiza una *valoración* inicial acerca del riesgo de una situación o acontecimiento –p. ej. “van intentar hacerme daño”–. Después realiza una “segunda valoración” (seguida de una serie de “revaloraciones”), que consiste en evaluar los recursos que posee para enfrentarse a dicha situación amenazante –p. ej. “soy incapaz de hacer algo al respecto”–. La revaloraciones que siguen, consisten en

“probar la realidad” y calcular el nivel actual del riesgo de la situación y de los recursos disponibles para afrontarla (Beck y Emery, 1985, en Beck *et al.*, 1999).

Todas estas valoraciones que hace el individuo, se manifiestan a través de pensamientos automáticos, los cuáles a su vez poseen toda una gama de *distorsiones cognitivas* (véase Tabla 5). Cabe mencionar que algunas de estas distorsiones cognitivas hacen referencia al “procesamiento de la información” (p. ej. filtro mental), y otras al “contenido” de los pensamientos (p. ej. poner etiquetas).

Tabla 5. Distorsiones cognitivas presentes en los pensamientos automáticos (Burns, 2006)

1. Pensamiento todo o nada: usted considera las cosas en categorías absolutas, o blanco o negro.
2. Generalización excesiva: toma un hecho negativo aislado por una pauta interminable de derrotas: “esto pasa siempre”.
3. Filtro mental: usted da vueltas a lo negativo y pasa por alto lo positivo.
4. Descontar lo positivo: se empeña en que sus cualidades positivas no cuentan.
5. Saltar a conclusiones: usted salta a conclusiones que no se justifican con los hechos.
* La lectura del pensamiento: da por supuesto que la gente reacciona negativamente ante usted.
* La adivinación del porvenir: predice que las cosas saldrán mal.
6. Magnificación y minimización: usted hincha las cosas desproporcionadamente o bien empujonea su importancia.
7. Razonamiento emocional: razona en función de cómo se siente, diciéndose, por ejemplo: “me <i>siento</i> idiota, así que debo de <i>serlo</i> de verdad”.
8. Afirmaciones del tipo “Debería”: utiliza verbos del tipo “debería”, “no debería”, “tendría que” y “no tendría que”.
9. Poner etiquetas: en vez de decirse: “he cometido un error”, dice: “soy un tonto” o “soy un perdedor”.
10. Inculpación: en vez de detectar la causa de un problema, usted asigna culpabilidades.
* Autoinculpación: se culpa a sí mismo de algo que no fue responsabilidad suya.
* Inculpación de los demás: culpa a los demás, negando el papel de usted mismo en el problema.

Sin embargo, el núcleo central de la ansiedad es la sensación crónica del sujeto de su propia *vulnerabilidad* (incertidumbre e inseguridad). Es decir, el individuo posee ciertas creencias nucleares (véase Tabla 6) que se activan ante situaciones amenazantes; en las cuales el sujeto infraestima su habilidad para afrontar la amenaza, a la vez que sobreestima el peligro de la misma (Beck y Emery, 1985, en Beck *et al.*, 1999).

Tabla 6. Ejemplos de las creencias nucleares (en las tres áreas) que pudiera tener una persona con ansiedad, desde la terapia cognitiva de Beck.

<i>Uno mismo</i>	“Soy débil y vulnerable”
<i>Los demás</i>	“Los demás son fuertes/malos y pretenden hacerme daño”
<i>El mundo</i>	“El mundo es un lugar incierto y peligroso”

Para finalizar, mencionaremos el modelo de Lazarus y Folkman (1986), el cual aparentemente fue retomado por Beck en su modelo –de ansiedad–. De acuerdo a estos autores, el *estrés* es resultado de una relación entre el sujeto y su entorno, presentándose este cuando el individuo evalúa que la situación es amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. En este modelo son centrales dos términos: evaluación y afrontamiento.

Mediante la *evaluación*, el sujeto evalúa la importancia y significado de un acontecimiento para su bienestar, existiendo tres tipos: primaria, secundaria y reevaluación. En la evaluación *primaria* la situación es valorada como *estresante*, debido a que se valora como de daño/pérdida (perjuicio que se ha sufrido ya), de amenaza (anticipación de daños o pérdida) o de desafío (posibilidad de aprender o ganar). La evaluación *secundaria* es una valoración que se refiere a lo que el individuo debe y puede hacer, en tanto que la *reevaluación* se refiere a la modificación de una evaluación anterior debido al ingreso de nueva información. Este proceso de evaluación cognitiva, se ve afectado tanto por factores personales (creencias y compromisos –cosas importantes para el individuo–) como por las características de la situación estresante –p. ej. certeza de su aparición– (Lazarus y Folkman, 1986).

Por su parte, el *afrontamiento* es el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para hacer frente a ciertas demandas (externas y/o internas) evaluadas como abrumadoras o que desbordan los recursos propios. Hay dos tipos de afrontamiento: *dirigido al problema* (manipular la situación causante de perturbación) y *dirigido a la emoción* (regular la respuesta emocional). Sin embargo, el afrontamiento que el individuo emplea se ve determinado por varios factores –p. ej. recursos disponibles, creencias y compromisos– (Lazarus y Folkman, 1986).

Entonces de acuerdo a Lazarus y Folkman (1986), una determinada relación individuo-ambiente, será estresante o no dependiendo de la evaluación cognitiva del sujeto; y al existir dicha situación estresante, el individuo intentará ejercer control sobre ella (afrontamiento). Por lo que una persona con un posible trastorno de ansiedad, puede que evalúe la amenaza de forma inadecuada y/o que tenga dificultades para afrontar la situación o la respuesta emocional que la misma provoca.

CAPITULO 2

FOBIA SOCIAL

2.1 DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La fobia social (también conocida como trastorno de ansiedad social) consiste en un miedo intenso y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público, en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no son del ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás; temiendo actuar de una manera humillante o vergonzosa y/o mostrar síntomas de ansiedad (APA, 2000). En la tabla 7 se muestran los criterios diagnósticos, de acuerdo al DSM-IV-TR.

Precisamente es una fobia *social* porque los individuos no tienen problemas cuando realizan actividades en privado, solamente se manifiesta un deterioro en la conducta cuando están siendo observados (Barlow y Durand, 2001b). Se da el hecho de que el sujeto tiene que hacer algo mientras sabe que los demás le estarán observando, y en cierta medida evaluando su conducta; por lo que la característica principal de este trastorno es el temor al escrutinio por parte de los demás (Heimberg *et al.*, 1987; Taylor y Arnou, 1988; *en* Caballo, Irurtia, López-Gollonet y Olivares, 2005).

En concordancia con lo anterior, Bornas y Tortella (1998) definen la fobia social como un conjunto de problemas relacionados al hecho de estar expuesto a situaciones sociales, los cuales consisten en: *a)* temor anticipatorio ante situaciones de interacción social, *b)* presencia de respuestas de ansiedad ante dichas situaciones, *c)* temor a la evaluación negativa por parte de los demás, *d)* evitación de las situaciones sociales y *e)* ausencia o utilización inadecuada de las habilidades sociales.

2.2 SUBTIPOS

El DSM-IV-TR (APA, 2000) se limita a realizar una distinción entre dos subtipos, al primero de ellos le llama “generalizado” y al segundo lo agrupa empleando los términos de “no generalizado”, “circunscrito” o “específico”. En el primer subtipo el sujeto tendría miedo a la mayoría de las situaciones sociales, en tanto que en el segundo estos temores se referirían solo a una o a varias situaciones, sin llegar a temerlas todas.

Sin embargo, en el estudio de Furmark, Tillfors, Stattin, Ekselius y Fredrikson (2000), se proponen tres subtipos diferentes: generalizado, no generalizado y discreto. En este estudio, se formaron los subtipos tomando en cuenta el malestar social, el deterioro funcional, el número de situaciones sociales temidas, y los criterios cumplidos para el trastorno de la personalidad por evitación; sugiriendo de esta manera, la existencia de un continuo de severidad (leve-moderado-grave).

También se ha clasificado a los miedos sociales en dos categorías: una que se refiere únicamente al temor a hablar en público, y otra en la que se agrupa el resto de los miedos

sociales (Kessler *et al.*, 1994, en Zubeidat, 2005). Esto concuerda con lo expuesto por Stein y Deutsch (2003), que sugieren que tanto el miedo a hablar en público, como el miedo a las interacciones sociales, podrían estar representando dominios diferentes dentro del complejo de las situaciones sociales temidas.

Es evidente la variedad de propuestas para delimitar los subtipos de la fobia social, pero de acuerdo a lo expuesto por diversos autores (Acarturk *et al.*, 2008; Quero, Baños, Botella y Gallardo, 2003; Stein *et al.*, 2000; Vriends, Becker, Meyer, Michael y Margraf, 2007), lo que queda claro es que así como aumenta el número de miedos sociales –lo que estaría relacionado con el subtipo generalizado– también se incrementa la gravedad del trastorno, la comorbilidad, el deterioro funcional y social, el uso de servicios, y disminuye la calidad de vida.

Tabla 7. Criterios diagnósticos de la fobia social (trastorno de ansiedad social) de acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2000).

-
- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. **Nota:** En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.
 - B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. **Nota:** En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
 - C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. **Nota:** En los niños puede faltar este reconocimiento.
 - D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
 - E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
 - F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
 - G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
 - H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

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).

2.3 SITUACIONES SOCIALES TEMIDAS

La gama de situaciones temidas por los individuos con fobia social es muy amplia y podría incluir cualquier situación en la que existe contacto con otras personas, al respecto Bados (2001) hace una clasificación de las mismas en cuatro categorías (p. 16):

1. *Intervención pública*: dar una charla, actuar en público, presentar un informe ante un grupo, participar en pequeños grupos formales.
2. *Interacción informal*: iniciar y mantener conversaciones (especialmente con desconocidos), hablar de temas personales, hacer cumplidos, relacionarse con el sexo opuesto o preferido, concertar citas o acudir a las mismas, establecer relaciones íntimas, asistir a fiestas, conocer a gente nueva, llamar a alguien por teléfono, recibir críticas.
3. *Interacción asertiva*: solicitar a otros que cambien su comportamiento molesto, hacer una reclamación, devolver un producto, hacer o rechazar peticiones, expresar desacuerdo, crítica o disgusto, mantener las propias opiniones, interactuar con figuras de autoridad.
4. *Ser observado*: comer, beber, firmar o trabajar delante de otros, asistir a clases de gimnasia o danza, usar los lavabos públicos, entrar a una situación donde ya hay gente sentada –p. ej. aulas, transportes públicos–.

Pero tomando en cuenta lo visto en diversos estudios (Caraveo y Colmenares, 2000; Furmark *et al.*, 1999; Furmark, 2002; Stein y Deutsch, 2003; Stein *et al.*, 2000), podríamos decir que las situaciones más comúnmente temidas son: hablar en público, hablar con otras personas, hablar frente a un grupo –informal–, hablar con figuras de autoridad, entrar a un lugar donde ya hay gente sentada, ir a un baño fuera del hogar y escribir, comer o beber en público.

De hecho el miedo a hablar en público parece ser la situación social más temida, tanto por personas con fobia social como por la población en general (Caraveo y Colmenares, 2000; Furmark, *et al.*, 1999; Furmark *et al.*, 2000; Furmark, 2002; Stein y Deutsch, 2003; Stein *et al.*, 2000).

2.4 COMPONENTES

Como se expuso anteriormente, Lang (1971, en Craske *et al.*, 2008b) ha propuesto que la ansiedad se manifiesta en tres sistemas de respuesta que se influyen mutuamente entre ellos, pero que son de cierta manera independientes entre sí. De acuerdo a esto se describirán los componentes fisiológicos, conductuales y cognitivos de la fobia social.

2.4.1 COMPONENTES FISIOLÓGICOS

Las manifestaciones fisiológicas que suelen considerarse como más comunes en las personas con fobia social son: taquicardia, sudoración, sonrojamiento, boca seca, tensión muscular, malestar gastrointestinal, temblores o escalofríos, sensación de opresión en la cabeza, dificultad para tragar, náuseas y urgencia de orinar (Bados, 2001; Nutt y Ballenger, 2005). Sin embargo, el *sonrojamiento* parece ser el principal síntoma y a la vez el distintivo de este trastorno de ansiedad (Ballenger *et al.*, 1998, en Jiménez, González, Bascarán, Iglesias y Bobes, 1999).

Algo importante es el hecho de que el nivel de ansiedad reportado por los individuos con fobia social, está relacionado con el grado que ellos perciben de activación fisiológica, pero

no con el grado real de esta activación; por lo que dicen haber experimentado más ansiedad que la que se registra (Edelmann y Baker, 2002; Mauss, Wilhelm y Gross, 2004; Westerbg, Lundh y Jönson, 2007).

2.4.2 COMPONENTES CONDUCTUALES

Como se ha mencionado anteriormente, las conductas de *evitación* y *escape* son características de la ansiedad. Y en este caso, se referirían a evitar o escapar de las situaciones en las que es posible la observación de los demás (Caballo *et al.*, 2005). Pero como dice Bados (2001), muchas de las veces no se evita el estar en las situaciones, sino el participar o ser el centro de atención en las mismas. Y en estos casos entran en acción determinadas conductas “defensivas” –o de seguridad–, que tratan de prevenir las supuestas consecuencias negativas que se temen –p. ej. que los demás piensen “mal”–. Algunas de estas conductas de seguridad pudieran ser: buscar un lugar para pasar desapercibido, evitar el contacto visual, pensar mucho lo que se va a decir, y tratar que los demás no se den cuenta de la presencia de algún síntoma fisiológico.

Además, el uso de estas conductas de seguridad parece ser el factor mediador para que las personas con este trastorno se desempeñen pobremente en las situaciones sociales (Stangier, Heidenreich y Schermelleh-Engel, 2006; Clark, 2001). Y aunque los fóbicos sociales son percibidos por observadores como menos hábiles socialmente que los no fóbicos, en realidad se han encontrado pocas diferencias en relación a la duración de conductas específicas –p. ej. tiempo de habla, de silencio– (Baker y Edelmann, 2002).

Si bien se pudiera hablar de una correlación entre la fobia social y un déficit de las habilidades sociales (Baker y Edelmann, 2002; Bornas y Tortella, 1998; Caballo, 1997; Caballo, 2008; Caballo *et al.*, 2005; Caballo, Olivares, López-Gollonet, Irurtia y Rosa, 2003; Stangier *et al.*, 2006), también se ha propuesto que probablemente la mayoría de las personas con este trastorno tienen habilidades sociales adecuadas, y que la aparente deficiencia en sus actuaciones sociales podría ser simplemente el lado observable de las conductas de seguridad (Clark, 2001).

Al respecto, Baños, Botella, Guillén y Benedito (2003) concluyen que un déficit en las habilidades sociales no son un correlato necesario en la fobia social, ya que éstas pudieran estar presentes pero inhibidas por la ansiedad, la persona pudiera no creerse capaz de ponerlas en práctica, o éstas pueden no haberse aprendido debido a la historia de evitación y retraimiento del sujeto.

2.4.3 COMPONENTES COGNITIVOS

Como ya se mencionó, una persona con ansiedad se está diciendo a sí misma que está a punto de ocurrir algo terrible. Y en el caso de la fobia social, la amenaza básica y central es el *miedo a la evaluación negativa* respecto a la propia ejecución en las situaciones sociales (Bornas y Tortella, 1998). Acorde con ésto, dichos individuos están más preocupados –en comparación con los que no presentan el trastorno– porque las demás personas perciban sus síntomas de ansiedad, y el hecho de que los demás se puedan dar cuenta de estos síntomas aumenta su ansiedad (Gerlach, Murlane y Rist, 2004).

Considerando lo expuesto por diversos autores (Baños, Quero y Botella, 2005; D'Argembeau, Van der Linden, d'Acromont y Mayers, 2006; Eastwood *et al.*, 2005; Lundh y Öst, 2001; Moscovitch, Orr, Rowa, Gehring y Anthony, 2009; Spector, Pecknold y Libman, 2003; Spokas, Rodebaugh y Heimberg, 2007; Wenzel y Cochran, 2006), en los individuos con fobia social se pueden encontrar toda una serie de *sesgos cognitivos*:

1. *Sesgos atencionales*: incremento de la atención hacia la información amenazante/negativa –social– o atención selectiva a la misma, aumento de la atención en uno mismo y en los síntomas de ansiedad, disminución de la probabilidad de atender a la información que desconfirma los sesgos negativos.
2. *Sesgos interpretativos*: más propensión a interpretar la información ambigua como amenazante/negativa, tendencia a interpretar las situaciones sociales ligeramente negativas de una manera catastrófica, déficit de sesgos positivos que caracterizan a las personas no ansiosas.
3. *Sesgos de memoria*: la información relacionada a una evaluación negativa/amenazante es más fácilmente recordada que la información positiva o la no evaluativa –no amenazante–, facilidad para recordar la información negativa relacionada a uno mismo durante las situaciones sociales, recuerdo de la información de cuando se estuvo experimentando ansiedad.

Dentro de la gran variedad de sesgos podríamos incluir el hecho de que los fóbicos sociales tienen una imagen negativa de sí mismos, ya que se autovaloran más negativamente que los no fóbicos en un amplio rango de dominios: inteligencia, habilidades sociales, apariencia física, signos de ansiedad, calidad de vida, calidad de relaciones sociales, habilidades artísticas, habilidades atléticas, grado de felicidad, características de personalidad, posesiones/riqueza, logros personales y sentido del humor (Moscovitch, *et al.*, 2009).

2.5 CONCEPTOS RELACIONADOS

2.5.1 ASERTIVIDAD

Se puede hablar de tres estilos de respuesta: asertivo, no asertivo, y agresivo. En la conducta *no* asertiva –o pasiva–, no se expresan ni se defienden los derechos propios; y en la conducta agresiva, se violan los derechos de los demás. En tanto, el comportamiento asertivo implica que una persona pueda expresar directamente sus sentimientos, necesidades, derechos u opiniones; pero sin amenazar, castigar o violentar los derechos de los demás. De esta manera, la asertividad es por lo general el estilo de comportamiento más adecuado y reforzante, que ayuda al individuo a expresarse libremente y a conseguir sus objetivos (Caballo, 1997).

Teniendo esto en cuenta, es muy probable que los individuos con fobia social manifiesten una conducta poco asertiva. De hecho en el estudio de Orenstein *et al.* (1975, en Caballo, 1997), se afirma que la asertividad esta inversamente relacionada con la ansiedad.

2.5.2 INTROVERSIÓN

La *introversión-extroversión* es un rasgo de personalidad, que indica el grado de orientación que tiene un individuo hacia el interior o hacia el exterior; aunque en realidad, la mayoría de las personas son una combinación de ambas dimensiones (Eysenck, 1976, en Morris, 2001). La introversión –o baja extroversión– está asociada con adjetivos como temeroso, tranquilo, callado, lento y tímido (Igier y Mullet, 2003).

En un estudio con gemelos, llevado a cabo por Bienvenu, Hettema, Neale, Prescott y Kendler (2007), se encontró que la fobia social presenta una correlación negativa con la extroversión, y una positiva con el neuroticismo. Sugiriéndose de esta manera, que la presencia de una baja extroversión y un alto neuroticismo, son unos indicadores muy poderosos de la vulnerabilidad genética para el desarrollo de fobia social en adultos.

2.5.3 TIMIDEZ

Se puede definir a la *timidez* como un malestar e inhibición en presencia de otras personas, pero en comparación con la fobia social, ésta tiene un grado mucho menor de evitación e interferencia y cuenta con un curso menos crónico (Bados, 2001). Además, como mencionan Baños *et al.* (2003), el concepto de timidez ha sido comúnmente considerado como un rasgo de personalidad –y no necesariamente como un trastorno–.

Aunque la prevalencia de la fobia social es más alta en las personas tímidas, existiendo una correlación positiva entre la severidad de la timidez y este trastorno de ansiedad (Chavira, Stein y Malcarne, 2002; Heiser, Turner y Beidel 2003), la mayoría de los individuos tímidos no padecen fobia social (Heiser *et al.*, 2003). Sin embargo, los sujetos tímidos que tienen fobia social –en comparación con los que no– manifiestan mayor grado de timidez, introversión, sintomatología, discapacidad y baja calidad de vida (Heiser *et al.*, 2003; Heiser, Turner, Beidel y Roberson-Nay, 2009).

Si bien se sugiere que la timidez y la fobia social son constructos relacionados, no se puede afirmar que este trastorno sea simplemente una timidez severa (Chavira *et al.*, 2002; Heiser *et al.*, 2003). Y como concluyen Baños *et al.* (2003), se pueden encontrar diferencias entre la fobia social y la timidez, lo cual indicaría que aunque existe cierto solapamiento entre ellas, en realidad no estarían conformando un mismo fenómeno psicopatológico.

2.5.4 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN

El trastorno de la personalidad por evitación (TPE) es definido como un patrón de inhibición social, con la presencia de sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, lo cual comienza al principio de la edad adulta y se manifiesta en varios contextos (APA, 2000).

La fobia social –especialmente el subtipo generalizado– y el TPE presentan una fuerte asociación y un alto grado de solapamiento entre ambos (Cox, Pagura, Stein y Sareen, 2009; Hummelen, Wilberg, Pedersen y Karterud, 2007). Sin embargo, la relación entre estos dos trastornos ha sido bastante polémica. Y como mencionan Baños *et al.* (2003), es un enigma la existencia de una persona que tenga TPE sin padecer de fobia social; es más,

no se sabe si estos pacientes existen realmente. Ya que ¿cómo puede alguien cumplir los criterios de este trastorno de personalidad, sin tener suficiente ansiedad social como para también cumplir los de la fobia social?

Parece ser que la principal hipótesis acerca de la relación entre estos dos trastornos, es que ambos pudieran representar distintos puntos en un continuo de severidad; siendo el TPE el más severo, y solamente difiriendo de la fobia social en el grado de disfunción y sintomatología. Con lo cual los dos diagnósticos estarían formando un espectro de ansiedad social, antes que categorías separadas (Tillfors *et al.*, 2004).

No obstante, también se ha dicho que esta hipótesis del continuo de severidad carece de especificidad y de poder explicativo para tomar en cuenta tanto las diferencias como las similitudes entre el TPE y la fobia social (Hummelen *et al.*, 2007); y que aunque estos dos trastornos parecen estar altamente relacionados, son constructos potencialmente separables (Cox *et al.*, 2009).

De cualquier manera, se ha visto que la presencia del TPE –en personas con fobia social– está asociada con un conjunto extenso de síntomas, problemas interpersonales, un nivel funcional comprometido, menor probabilidad de remisión de la fobia social, y mayores posibilidades de llenar los criterios diagnósticos para un trastorno de la personalidad adicional o algún otro trastorno mental (Cox *et al.*, 2009; Hummelen *et al.*, 2007; Massion *et al.*, 2002; Tillfors, Furmark, Ekselius y Fredrikson, 2004).

Por último, en un estudio de gemelos –femeninos–, Reichborn-Kjennerud *et al.* (2007) encontraron que existe una vulnerabilidad genética común para la fobia social y el TPE. Por lo que un individuo con un alto riesgo genético, desarrollaría alguno de estos trastornos como resultado de los factores de riesgo ambientales únicos a cada trastorno. Pero no puede afirmarse que los factores de riesgo para ambos diagnósticos tengan algo en común; con lo que se sugiere que la probabilidad de desarrollar TPE o fobia social es resultado de diferentes experiencias ambientales, e individuos expuestos a ambas experiencias desarrollarían ambos trastornos. Sin embargo, desde este estudio no es posible decir cuales podrían ser dichas experiencias.

2.6 EPIDEMIOLOGIA

De acuerdo al DSM-IV-TR la prevalencia de la fobia social a lo largo de la vida se ubica entre el 3 y el 13 % de la población (APA, 2000). Por su parte, algunas revisiones sobre los estudios epidemiológicos llevados a cabo, mencionan cifras que van desde 0.4 hasta 16 % (Furmark *et al.*, 1999; Olivares, Caballo, García-López, Rosa y López-Gollonet, 2003; Wittchen y Fehm, 2003). En población mexicana las cifras encontradas han sido de 2.6 % (Caraveo y Colmenares, 2000) y de 4.7 % (Medina-Mora *et al.*, 2003).

Sobre la edad de inicio, en la revisión de Olivares *et al.* (2003) se concluye que esta oscila entre los 14 y 16 años. A su vez, en la ciudad de México el estudio de Caraveo y Colmenares (2000) fijó la edad en 17.75 para los hombres y 24.16 para las mujeres. En tanto que en un estudio a nivel nacional –en México– ésta es ubicada en 13.98 años (Medina-Mora *et al.*, 2003).

En lo que se refiere al curso de la fobia social, en la revisión de Wittchen y Fehm (2003; Fuetsch, 2001; Wittchen *et al.*, 2000; Wittchen, Nelson y Lachner, 1998) se sugiere que el trastorno aparece en la adolescencia temprana, y es seguido por un empeoramiento progresivo o un curso persistente alrededor de los 19 años de edad. El periodo de la adolescencia tardía está caracterizado por un curso fluctuante. Y no es hasta después de los 24 años que se observa un curso estable y persistente, en donde pocas personas experimentan una remisión estable y espontánea (véase Figura 4). Por su parte, el DSM-IV-TR menciona que el curso suele ser crónico y a menudo dura toda la vida, aunque a veces remite total o parcialmente en la edad adulta (APA, 2000).

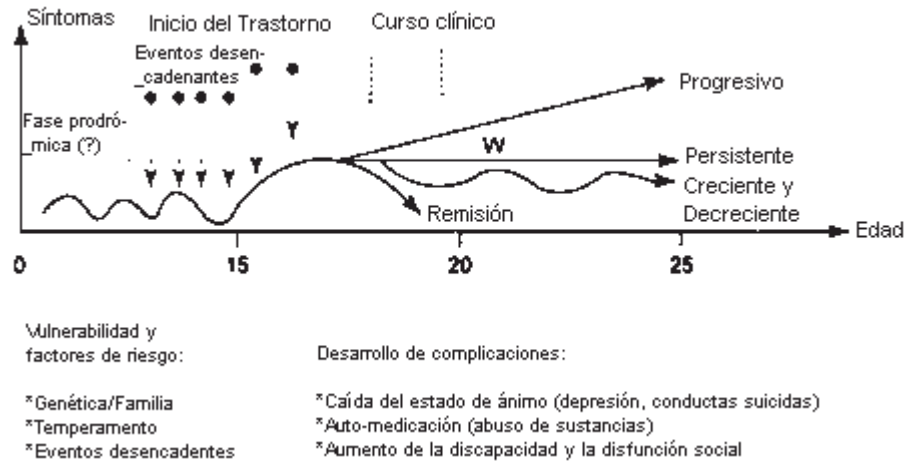


Figura 4. Inicio y curso de la fobia social (adaptado de Wittchen y Fehm, 2003).

Tomando en cuenta diversos estudios (Acarturk *et al.*, 2008; Caraveo y Colmenares, 2000; Furmark, 2002; Furmark *et al.*, 1999; Medina-Mora *et al.*, 2003; Simon *et al.*, 2002; Stein *et al.*, 2000; Torgrud *et al.*, 2004), se puede decir que la fobia social es más frecuente en las mujeres que en los hombres, en las personas solteras, viudas o divorciadas; y en quienes cuentan con un nivel bajo de escolaridad y de ingresos. Además de que está asociada con dificultades académicas, laborales y sociales; con una baja tasa de apoyo social y con un deterioro en la calidad de vida.

2.7 COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

2.7.1 COMORBILIDAD

Las personas con fobia social presentan un grado muy alto de comorbilidad. Los trastornos comorbidos más comunes son otros trastornos de ansiedad –principalmente fobia específica, agorafobia y trastorno de pánico–, trastornos del estado de ánimo –especialmente depresión mayor y distimia– y trastornos de abuso de sustancias –básicamente abuso y dependencia del alcohol– (Acarturk *et al.*, 2008; Chartier *et al.*, 2003). Es de importancia destacar que habitualmente la edad de inicio de la fobia social precede a la del trastorno comórbido (Chartier *et al.*, 2003).

2.7.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los síntomas de ansiedad social pueden estar asociados a otros trastornos mentales, por lo que es necesario considerarlos en el diagnóstico diferencial (véase Figura 5). A continuación se diferenciará a la fobia social de otros trastornos, esto de acuerdo a lo expuesto en el DSM-IV-TR (APA, 2000).

En el *trastorno de angustia con agorafobia* se presentan inesperadamente crisis de angustia (ataques de pánico), lo que da lugar a la evitación de diferentes situaciones que se consideran desencadenantes; y como puede existir temor a que los demás se den cuenta de dichos ataques, se podría dar la evitación de situaciones sociales. Sin embargo, este trastorno se caracteriza por crisis de angustia que no se limitan al contexto social, por lo que no se debe diagnosticar fobia social si el único temor social se refiere a ser visto en plena crisis. Además, en la fobia social se evitan situaciones en la ausencia de ataques de pánico inesperados y recidivantes; y si uno de estos ataques aparece, se encuentra relacionado a una situación social.

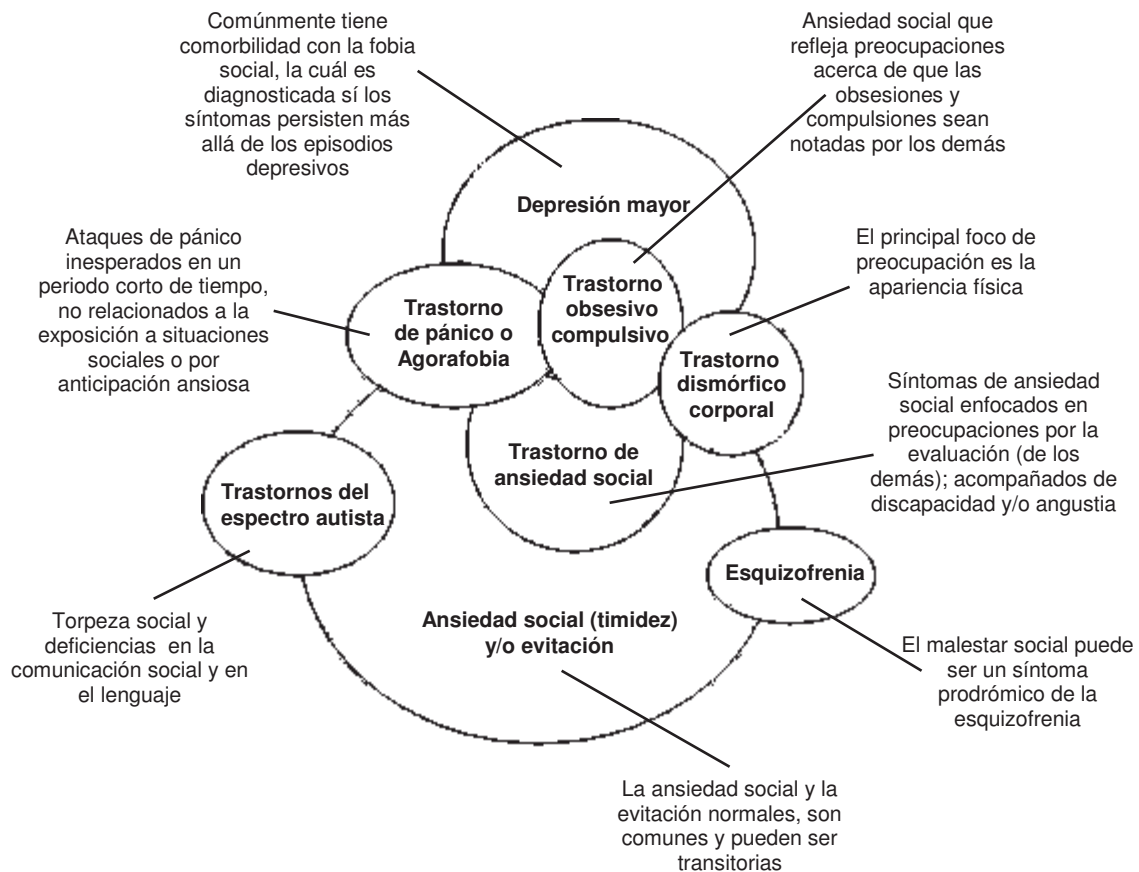


Figura 5. Condiciones que comúnmente se sobreponen con el trastorno de ansiedad social (fobia social) y que pudieran ser consideradas en el diagnóstico diferencial de un individuo con síntomas de ansiedad social (adaptado de Stein y Stein, 2008).

En la fobia social las situaciones que se evitan se limitan a aquellas en las que el sujeto piensa que va a ser evaluado por los demás, en tanto que en la *agorafobia sin historia de*

trastorno de angustia los temores se refieren a un conjunto de situaciones en las que puede o no darse la observación de los demás. El papel que desempeña el acompañante es útil para diferenciar a una fobia social de una agorafobia con o sin trastorno de angustia. Las personas con evitación agorafóbica prefieren estar acompañadas cuando se exponen a una situación temida –ya que eso disminuye su ansiedad–; mientras que un fóbico social puede incluso experimentar más ansiedad por la observación añadida del acompañante, además de que característicamente no sufre ataques de pánico cuando está totalmente solo.

El miedo a pasar apuros o ser humillado puede presentarse en el *trastorno de ansiedad generalizada* o en la *fobia específica*, sin embargo esto no constituye el motivo principal de la ansiedad.

Los individuos con un *trastorno esquizoide de la personalidad* evitan situaciones sociales porque no les interesa relacionarse con los demás, en cambio las personas con fobia social conservan el interés por las relaciones sociales. Con respecto al *trastorno de la personalidad por evitación*, éste ya ha sido desarrollado anteriormente.

La ansiedad social y la evitación de situaciones pueden ser características asociadas a otros trastornos mentales (p. ej., *trastorno depresivo mayor*, *trastorno distímico*, *esquizofrenia*, *trastorno dismórfico corporal*), pero no debe diagnosticarse fobia social si estos síntomas solo aparecen junto al otro trastorno y pueden explicarse mejor por la presencia del mismo.

Existen algunas enfermedades médicas o trastornos mentales que pudieran provocar síntomas embarazosos (p. ej., temblores en la enfermedad de Parkinson, tartamudez, patrones de alimentación anormales en la anorexia nerviosa, obesidad, estrabismo, quemaduras severas, etc.), sin embargo, si la ansiedad y la evitación sociales se limitan a la preocupación originada por la enfermedad médica o el trastorno mental, no debe diagnosticarse fobia social. Si la conducta de evitación social genera un malestar clínicamente significativo, se podría diagnosticar un *trastorno de ansiedad no especificado*.

Por último, el miedo a hablar en público, el terror a los escenarios y la timidez en reuniones sociales donde no hay personas del ámbito familiar, no deben considerarse como fobia social, a menos que originen un acusado deterioro de las actividades del individuo o un malestar clínicamente significativo.

2.8 MODELOS EXPLICATIVOS

A continuación se describirán algunos de los modelos específicamente diseñados para explicar la fobia social. Cabe destacar que los modelos conductuales y cognitivos de la ansiedad, mencionados en el capítulo anterior, son por supuesto aplicables a este trastorno y en cierto sentido son la “base” de los modelos aquí presentados.

2.8.1 EL MODELO DE BARLOW

La explicación de este modelo está basado en Barlow (2003), Barlow y Durand (2001b), Barlow (1988, en Botella, Perpiña, Baños y García-Palacios, 2003b), Hoffmann y Barlow (2002, en Botella *et al.*, 2003b).

En este modelo se sostiene que los seres humanos –por razones de evolución biológica– somos sensibles a la crítica y a la desaprobación social. Sin embargo, no todas las personas desarrollan una fobia social, ya que para que ésta se manifieste es necesario que el individuo sea biológica y psicológicamente vulnerable a la *aprehensión ansiosa* (expectativa aprensiva ante el futuro).

Según Barlow, existen tres caminos posibles para la adquisición de la fobia social (véase Figura 6). En primer lugar, se podría heredar una *vulnerabilidad biológica* a la ansiedad y/o una tendencia a ser socialmente inhibido. En segundo lugar, un individuo al estar bajo *tensión* podría experimentar un ataque de pánico inesperado (una *falsa alarma*) en una situación social, y entonces estar ansioso por la posibilidad de volver a tener ataques de pánico adicionales en la misma situación social o en otras similares. Y en tercer lugar, la persona podría experimentar un trauma social real que daría lugar a una *alarma verdadera*, originando una ansiedad condicionada a las mismas situaciones –o similares–. De esta manera se instaura una *alarma aprendida* (haya sido falsa o verdadera), la cuál se impregnará de la *aprehensión ansiosa*, sobre todo en lo que concierne a las situaciones sociales.

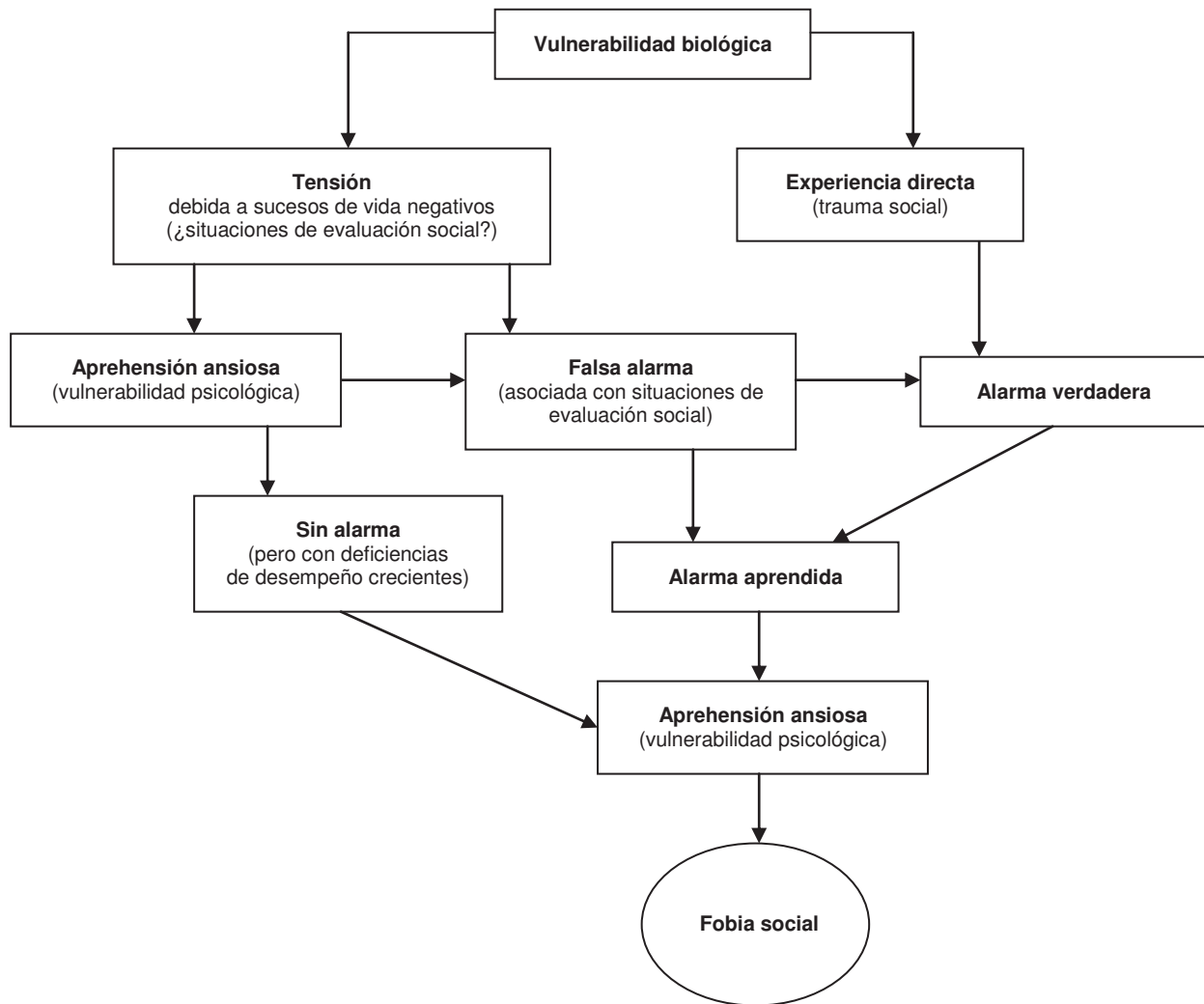


Figura 6. Modelo explicativo de Barlow para la fobia social (Barlow, 1988, en Barlow y Durand, 2001)

El término de falsas alarmas se refiere a aquellas que producen ansiedad en ausencia de un objeto o situación que supongan un peligro real; en tanto que las alarmas verdaderas se manifiestan cuando se experimenta una amenaza real y objetiva. También se propone que la fobia social específica, se formaría más frecuentemente por medio de una alarma verdadera; en cambio la fobia social generalizada podría darse sin la presencia de esta alarma real, es decir, se conformaría con falsas alarmas asociadas a situaciones sociales.

Además se menciona que debido a la aprehensión ansiosa, el individuo disminuye recursos atencionales, con lo cual se deteriora la ejecución del sujeto. Lo cual es consistente con otros modelos explicativos (cognitivos), ya que se sugiere que la *atención autofocalizada* (concepto fundamental en estos modelos) vendría siendo un componente central de esta aprehensión ansiosa. Dándole el modelo también importancia a los pensamientos que surgen en los momentos de ansiedad, con el consecuente deterioro cognitivo y conductual.

2.8.2 EL MODELO DE CLARK Y WELLS

La explicación de este modelo cognitivo de la fobia social está basado en lo expuesto por Clark y Wells (1995), Clark (1997), Wells (1997, 1998), Clark y Wells (1997); todos ellos retomados en Clark (2001).

La explicación del modelo está dividida en dos partes, en la primera se describe lo que ocurre cuando una persona con este trastorno entra en una situación social temida (véase Figura 7), y en la segunda lo que pasa antes de entrar a la situación y después de haber salido de ella.

Procesamiento en la situación social

Sobre la base de experiencias tempranas, las personas con fobia social desarrollan una serie de supuestos (creencias) acerca de sí mismos y de su mundo social, los cuales pueden ser divididos en tres categorías:

- a) *Normas excesivamente altas de actuación social*: “debo de ser muy hábil socialmente en cualquier situación”, “siempre debería de tener algo interesante que decir”, “no debo de mostrar nunca algún signo de ansiedad”.
- b) *Creencias condicionales acerca de las consecuencias de determinada actuación*: “sí me equivoco pensarán que soy un estúpido”, “sí no platico mucho, van a pensar que soy un aburrido”, “sí me pongo nervioso van a pensar mal de mí y me van a rechazar”.
- c) *Creencias negativas incondicionales acerca de sí mismo*: “no soy suficientemente hábil”, “soy un idiota”, “soy alguien aburrido”.

Estos supuestos influyen a los individuos para que consideren las situaciones sociales como peligrosas, para que predigan que van a fallar al intentar lograr el nivel de actuación social que desean, y para que interpreten algunas señales sociales inofensivas o ambiguas como signos de evaluación negativa de los demás. Por lo que cuando una situación social es considerada de esta forma, los fóbicos sociales se ven sumergidos en la ansiedad. Existen varios círculos viciosos interconectados que mantienen la ansiedad de los sujetos y evitan la desconfirmación de sus creencias negativas, los cuales se expresan a continuación.

Procesamiento del sí mismo como un objeto social

Un factor clave es el cambio en el *foco atencional* y un procesamiento negativo del *sí mismo*. Cuando las personas con fobia social creen que están en peligro de una evaluación negativa de los demás, enfocan su atención hacia una observación y monitoreo detallado de ellos mismos. Entonces usan esa información interna (a la cual accedieron mediante su automonitoreo) para inferir como se están mostrando a los demás y que es lo que están pensando de ellos. De esta manera, al formarse una imagen distorsionada de cómo se imaginan que los están viendo los demás, se encuentran atrapados en un sistema cerrado; ya que la mayoría de la evidencia de sus miedos es autogenerada y la evidencia desconfirmatoria se convierte en algo inaccesible o ignorado.

Conductas de seguridad

Frecuentemente los fóbicos sociales no se benefician con el hecho de que no sucedan las catástrofes sociales que temen, debido a que se encuentran inmersos en una variedad de conductas de *seguridad* que intentan prevenir o minimizar las catástrofes temidas. Sí estas no se presentan entonces la persona atribuye la no ocurrencia de las mismas, a la utilización de estas conductas, en lugar de inferir que la situación era menos peligrosa de lo que se pensaba. Cabe mencionar que el término conductas de seguridad, se refiere tanto a conductas propiamente dichas (p. ej. evitar el contacto ocular) como a procesos cognitivos (p. ej. memorizar lo que se va a decir).

Las conductas de seguridad pueden generar o aumentar los síntomas que se temen (p. ej. mantener los brazos juntos –para que no se vea el sudor de la camisa– provoca más sudoración), la mayoría de ellas tienen como consecuencia aumentar la atención en uno mismo (intensificando la imagen negativa del sí mismo y reduciendo la atención hacia la conducta de los demás, con lo que se impide la desconfirmación de las creencias), algunas pueden ser capaces de atraer la atención de las demás personas (p. ej. hablar en un volumen de voz muy bajo puede hacer que los demás presten más atención para poder oír), y pueden influenciar a que las otras personas se comporten de una manera que confirma parcialmente los miedos de los fóbicos sociales (p. ej. el pensar mucho lo que se va a decir puede ser interpretado como falta de interés o preocupación por algo).

Síntomas fisiológicos y cognitivos

Los individuos con este trastorno están especialmente preocupados por el hecho de que los demás se den cuenta de sus síntomas de ansiedad, e interpretan estos síntomas como una señal de fracaso en la obtención del nivel de actuación social que desean. Debido a esto se muestran hipervigilantes ante ellos, lo cual tiende a incrementar la intensidad subjetiva de los mismos. Además como ya se mencionó, estos síntomas también pueden ser incrementados por el uso de conductas de seguridad (el ejemplo del sudor de la camisa).

Procesamiento de las señales sociales

En este modelo se pone un énfasis especial en la atención focalizada sobre el sí mismo y el uso de la información interna para formar una imagen distorsionada y negativa de uno mismo (el individuo se imagina como lo están viendo los demás y que están pensando de

él). Generalmente, se podría pensar que la fobia social está relacionada con una reducción del procesamiento de las señales sociales, sin embargo también se sugiere que este procesamiento (reducido) está sesgado de una manera negativa. Es decir, es más probable que se atiendan y se recuerden las respuestas de los otros que son interpretadas como signos de desaprobación. Y dado a que en la mayoría de las situaciones sociales normales, es poco común que se expresen abiertamente las reacciones negativas hacia los demás, muchas de las señales que son notadas y recordadas como negativas, podrían ser en realidad simplemente señales ambiguas. Este fenómeno se ve claramente en el miedo a hablar en público, en el que por ejemplo, la audiencia no establece contacto visual (señal ambigua) esto puede llegar a interpretarse negativamente, cuando posiblemente no lo es.

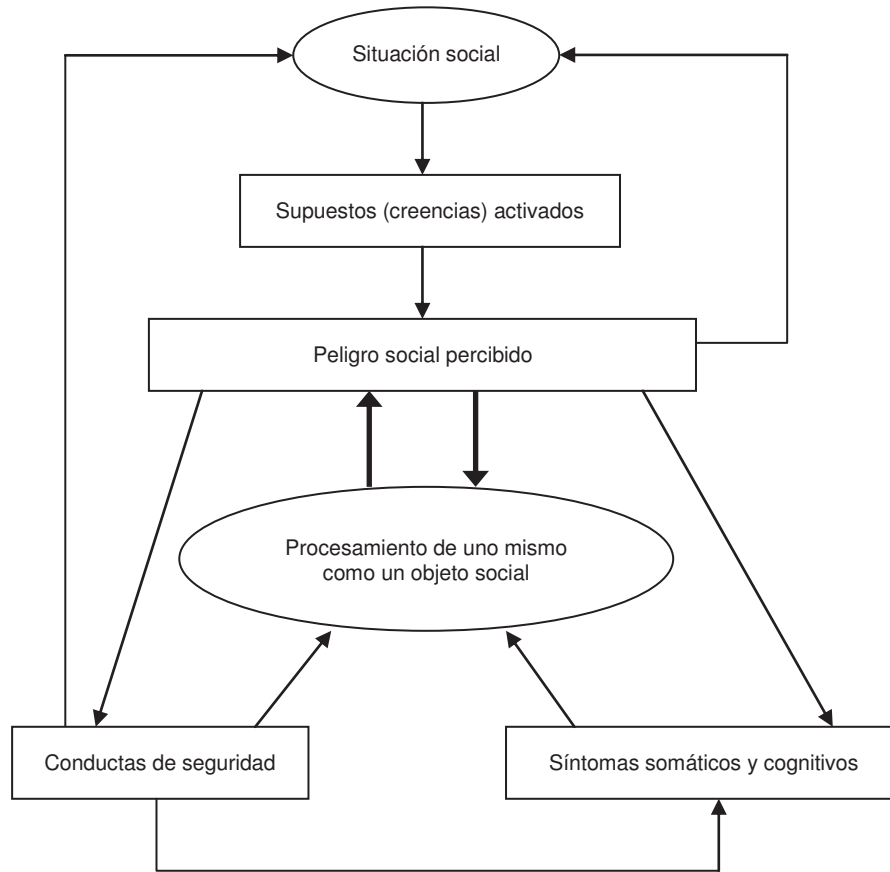


Figura 7. Modelo explicativo de Clark y Wells para la fobia social (adaptado de Clark, 2001).

Procesamiento antes y después de la situación social

Muchos fóbicos sociales antes de entrar a una situación social, revisan en detalle todo lo que creen que podría pasar. Y se ponen nerviosos debido a que sus pensamientos tienden a estar dominados por una serie de fracasos pasados, por imágenes negativas de sí mismos durante la situación, y por otras predicciones acerca de una pobre actuación y del rechazo de los demás. A veces estas rumiaciones hacen que los fóbicos eviten la situación completamente, sí esto no sucede y el individuo participa en ella, es probable que se encuentre ya en un modo de procesamiento autofocalizado, esperando fallar y siendo menos probable que atienda a cualquier señal de aceptación por parte de los demás.

Debido a la naturaleza de las interacciones sociales, es improbable que las personas con este trastorno hayan recibido de los otros señales totalmente claras de aprobación, y por esta razón no es raro que se sumerjan en una revisión del evento –al haber terminado el mismo-. La interacción es revisada en detalle y durante esta revisión figuran especialmente (como fueron procesados al estar en la situación) su percepción negativa de ellos mismos y sus síntomas de ansiedad. La desafortunada consecuencia de esto es que muy posiblemente la revisión estuvo dominada por una imagen negativa del sí mismo, por lo que la interacción es vista mucho más negativamente de lo que en realidad fue. Entonces la situación es agregada a una lista de fracasos pasados, siendo que una interacción que podría haber sido vista como neutral por un observador, ahora habrá de fortalecer las creencias de inadecuación social del individuo.

2.8.3 EL MODELO DE RAPEE Y HEIMBERG

La explicación de este modelo está basado en Rapee y Heimberg (1997, en Botella *et al.*, 2003b).

En este modelo se asume que existe una relación entre timidez, fobia social y trastorno de personalidad por evitación, y se les considera como parte de un mismo continuo; por lo que el modelo podría aplicarse a cada uno de ellos. A su vez, también se aplicaría a todos los subtipos de fobia social, los autores consideran dos: generalizado y no generalizado.

Las personas con este trastorno creen que los demás son muy críticos y que es probable que los valoren negativamente; a su vez también le dan mucha importancia al hecho de que los valoren positivamente. Por lo que entran en acción una serie de procesos, que se pueden dar tanto durante la situación social, como antes y después de la misma –anticipación y recuerdo de la situación– (véase Figura 8).

El término *audiencia* se refiere tanto a un grupo de personas que están observando, como a cualquier otra persona o grupo. Cuando un fóbico social se encuentra en una situación social, se forma una representación mental de su apariencia externa y de su conducta de acuerdo a cómo cree que lo está viendo la audiencia; y al mismo tiempo sus recursos atencionales se dirigen tanto a esa representación interna como a cualquier posible amenaza social. Esta representación mental de sí mismo, se realiza a partir de la memoria a largo plazo (p. ej. experiencias anteriores), señales internas (p. ej. síntomas fisiológicos) y señales externas (p. ej. respuestas de la audiencia).

El individuo además de dirigir sus recursos atencionales hacia las amenazas externas y a la representación de su apariencia externa y conducta, también simultáneamente realiza una predicción acerca del estándar de actuación o norma que espera va a utilizar la audiencia para evaluarlo. Por lo que la persona compara la representación mental de sí mismo (que cree tiene la audiencia de ella) con el nivel de actuación que piensa va a utilizar la audiencia, para así predecir la percepción que la audiencia tendrá de su ejecución. Es decir, se realiza una estimación acerca de sí la actuación propia entra dentro de los estándares que supuestamente tiene la audiencia.

La diferencia entre la norma de actuación de la audiencia y la percepción del fóbico social de la valoración que está haciendo la audiencia de su ejecución, es lo que determina la

percepción de la probabilidad de que se produzca una evaluación negativa de los demás. Esta evaluación negativa predicha desencadena respuestas de ansiedad, tanto fisiológicas, como cognitivas y conductuales; las cuales influyen en la representación mental del individuo acerca de cómo cree que la audiencia lo está viendo, creando de esta manera un círculo vicioso.

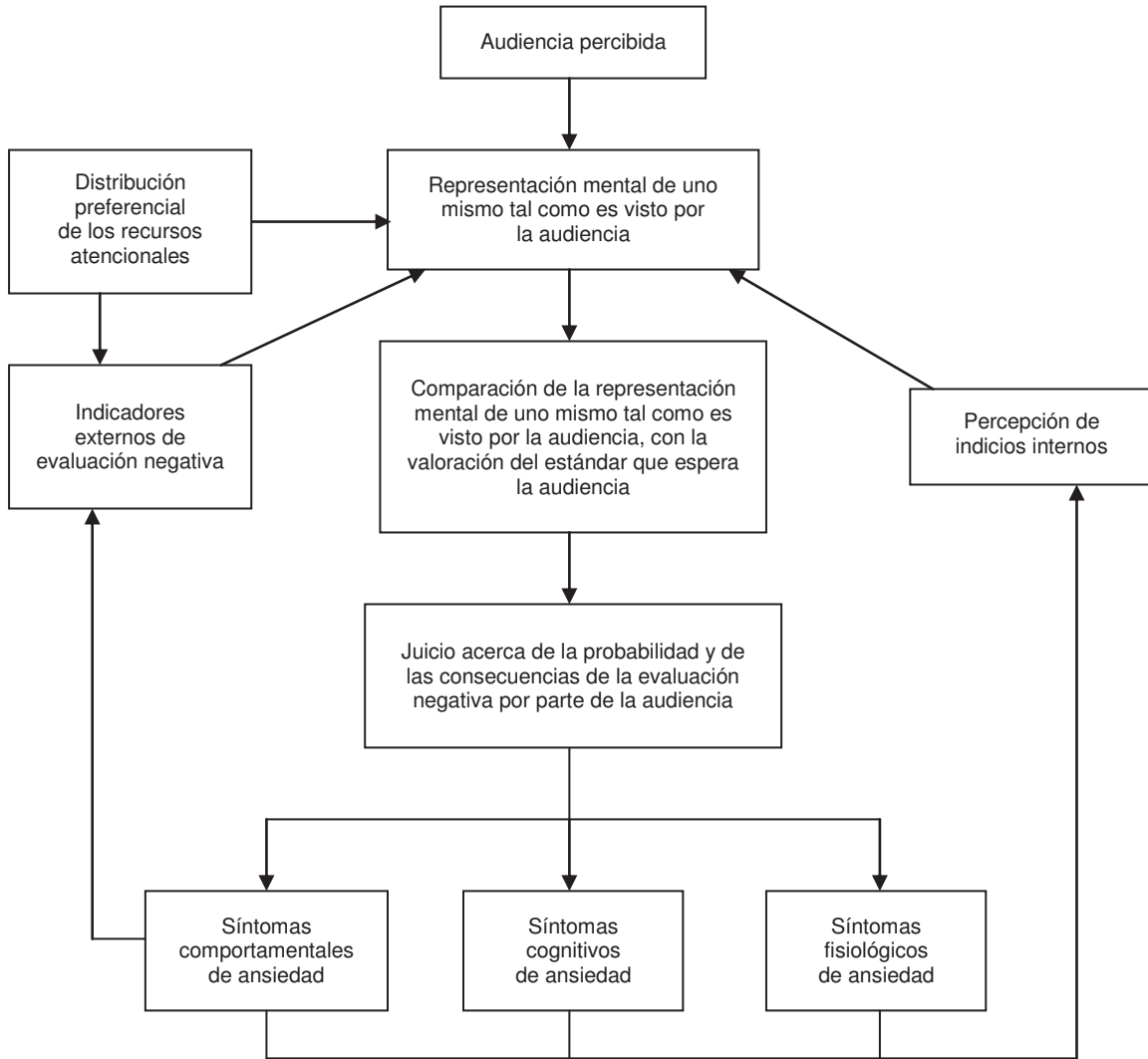


Figura 8. Modelo explicativo de Rappe y Heimberg para la fobia social (Rappe y Heimberg, 1997, en Botella *et al.*, 2003b).

EVALUACIÓN DE LA FOBIA SOCIAL

3.1 OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Realizar una adecuada evaluación es muy importante, ya que esto nos permite realizar un diagnóstico, diseñar el tratamiento adecuado y valorar la eficacia del mismo; así como para tener datos acerca del pronóstico y del seguimiento (Perpiña, Gallardo, Botella y Villa, 2003).

En el caso de la fobia social es muy útil tener presente algunos aspectos básicos a evaluar, tales como las situaciones sociales temidas, las respuestas conductuales –evitación o escape, conductas de seguridad y habilidades sociales inadecuadas–, las respuestas cognitivas y las fisiológicas (Caballo *et al.*, 2005). Al respecto, Bornas y Tortella (1998) proponen que la evaluación debe determinar: *a*) las situaciones sociales problemáticas, *b*) el déficit o no de habilidades sociales –y los aspectos deficitarios–, *c*) sí la conducta se ve inhibida o interferida por ansiedad condicionada y/o valoraciones cognitivas, y *d*) el peso relativo de cada factor en el mantenimiento del problema.

A su vez, Perpiña *et al.* (2003), proponen algunos puntos de interés en la evaluación de este trastorno de ansiedad: *a*) determinar cuál es el foco de ansiedad, *b*) cuáles son las características de la ansiedad, *c*) qué hace la persona en esas situaciones, *d*) cuáles son las habilidades y su capacidad de afrontamiento, *e*) qué interferencia esta produciendo en su vida, y *f*) síntomas asociados y comorbilidad.

Existen distintas maneras de obtener la información que se necesita; así contamos con las entrevistas, los autorregistros, la observación conductual, los registros psicofisiológicos, y los autoinformes. Cada uno de estas técnicas de evaluación, será descrita a continuación.

3.2 ENTREVISTAS

3.2.1 ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista suele ser el método más frecuente de recoger información, y al mismo tiempo es una oportunidad para observar a la persona en una interacción social real –lo cual siempre es importante, pero en el caso de la fobia social es central– (Perpiña *et al.*, 2003). Esta situación es en sí misma una fuente valiosa de información, por lo que hay que prestar una especial atención tanto al lenguaje verbal como no verbal del individuo (Caballo *et al.*, 2005; Perpiña *et al.*, 2003).

Perpiña *et al.* (2003) nos dice que a través de la entrevista se tiene que obtener información suficiente para elaborar una buena descripción clínica del problema, lo que culminará en el diagnóstico y los objetivos del tratamiento. En la Tabla 8 se mencionan las áreas que deberían de cubrirse en una entrevista clínica.

Tabla 8: Áreas a evaluar durante una entrevista clínica (Perpiña, Gallardo, Botella y Villa, 2003, p. 121).

Descripción del problema. Evaluación de los síntomas y de su gravedad; qué le sucede, cómo y dónde le sucede, el lugar y las circunstancias en las que aparece el problema o lo exacerban, si existen acontecimientos inmediatos que lo precipitan, etc.

Historia y evolución del problema. Desde cuándo le sucede, tipo de comienzo (insidioso, brusco), si existe relación con algún acontecimiento vital, la progresión y el curso del problema, etc.

Problemas mentales anteriores. Información sobre otros episodios de problemas mentales previos, cronología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento y resultado. Determinar si el episodio actual tiene semejanzas con episodios anteriores.

Historial médico. Señalar especialmente aquellas características que tengan relación con los síntomas o que puedan interferir en el tratamiento. También se ha de explorar el uso de sustancias (legales e ilegales).

Historia personal (anamnesis). Destacar los acontecimientos biográficos importantes en el desarrollo vital. Se debe dar una especial atención a las siguientes áreas: familiar, académica, laboral, social, sexual y tiempo libre. También se ha de recoger información sobre las condiciones de vida actuales: con quién vive, red social, etc.

Antecedentes familiares. Historia familiar de trastornos mentales, tratamientos, hospitalizaciones, etc.

Personalidad. Conocer cómo era la personalidad previa al inicio del problema y evaluar si ha habido un cambio drástico, así como las actitudes hacia los demás en sus relaciones. Explorar el concepto que de sí misma tiene la persona y cómo reacciona ante situaciones estresantes. Valorar si existe discrepancia entre la visión que el paciente da de sí mismo y la que dan los demás de él.

La parte nuclear de la entrevista de un individuo con fobia social, debe de centrarse en la conducta social actual del mismo, especificando tanto los antecedentes como consecuentes de las conductas problema (Caballo *et al.*, 2005). Sin embargo, como menciona Bados (2001), se tiene que tener en cuenta que para una persona con este trastorno el estar en una situación de entrevista puede ser muy ansiógeno, por lo que es fundamental el logro de una buena relación terapéutica (p. ej. haciéndole saber que lo que diga es confidencial, evitar que se sienta “amenazado” o juzgado, mostrando empatía, etc.), predominando este logro sobre el de la obtención de información.

3.2.2 ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

Para facilitar el proceso de evaluación existen entrevistas semiestructuradas que pueden ser de gran utilidad, a continuación se mencionan algunas de ellas:

1. Entrevista para los Trastornos de Ansiedad del DSM-IV (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*, ADIS-IV; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994). El ADIS-IV evalúa todos los trastornos de ansiedad de acuerdo al DSM-IV, y también incluye secciones para otros trastornos (psicosis, abuso de sustancias y trastornos afectivos mayores). En Botella, Baños y Perpiña (2003a) se encuentra disponible una traducción al español de esta entrevista.
2. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*, SCID-I; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997). La SCID-I está formada por varios módulos que exploran diversos trastornos del Eje I del DSM-IV, pudiendo el clínico administrar solamente la sección que le interese.
3. Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (*Mini International Neuropsychiatric Interview*, MINI, Sheehan *et al.*, 1997). La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (aprox. 15 minutos) que explora los principales trastornos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. La versión en español se encuentra disponible en García-Portilla (2008).

3.3 AUTORREGISTROS

En términos generales, el autorregistro es una manera de evaluación en la que se registra la conducta tanto manifiesta (observable) como encubierta (cogniciones); a la vez que puede pedírsele al individuo que registre los antecedentes y consecuentes (manifiestos y/o encubiertos) de las conductas que sean de nuestro interés. Una de las ventajas de este tipo de evaluación, es que permite el acceso a información que difícilmente estaría disponible de otra manera. Además de que en cierta forma, es posible que sea la medida más significativa que se pueda tener acerca de la eficacia del tratamiento, ya que proporciona información de la conducta del sujeto en ambientes naturales (Caballo *et al.*, 2005).

Como señala Perpiña *et al.* (2003), un sujeto con fobia social puede registrar un gran número de elementos, tales como: la frecuencia, duración y tipo de los contactos sociales, sus antecedentes y consecuentes, el número de personas con las que interactúa y las características de las mismas, los pensamientos que aparecen, los síntomas fisiológicos, la respuesta de evitación, escape o afrontamiento, las conductas de seguridad, el nivel de ansiedad –u otra emoción– experimentado, etc. A continuación se mostrará a manera de ejemplo algunos formatos de autorregistro.

En la Figura 9 se muestra un registro de relaciones sociales (Girodo, 1980), el cuál consiste en hacer una lista de los contactos sociales que se hayan tenido a lo largo del día (lo cuál pudiera ser un indicador de los avances del paciente). Dicho registro se llena anotando la fecha, el género del contacto (hombre/mujer), sí es una persona conocida o desconocida, quién tomó la iniciativa, la duración de la interacción, el grado de satisfacción obtenido (de 1 a 7), y el tipo de relación (A = relación habitual, muy frecuente; B = relación que ha tenido alguna vez, pero no acostumbra a tener; C = relación que ha tenido un par de veces en la vida, algo muy insólito en usted; D = relación completamente nueva, algo que nunca ha hecho).

HOJA DE AUTOCONTROL DE RELACIONES SOCIALES

FECHA: _____

	Hombre Mujer	Desconocido(s) Conocido(s)	Ud. inicia Sí-No	Duración Mins. Segs	Grado de satisfacción (1-2-3-4-5-6-7)	Situación / Ambiente (A,B,C,D)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

TOTAL: H _____ D _____ Sí _____ PROMEDIO: _____ A _____ B _____ C _____ D _____
M _____ C _____ No _____

Figura 9. Registro de relaciones sociales (tomado de Girodo, 1980).

En la Figura 10 se observa un registro de pensamientos (Greenberger y Padesky, 1998) basado en la Terapia Cognitiva de Beck. Tal registro tiene los siguientes elementos: *a)* la situación que provocó malestar, *b)* las emociones que se experimentaron, *c)* los pensamientos automáticos que se tuvieron, *d)* la evidencia que apoya al pensamiento de alta tensión, *e)* la evidencia que *no* apoya al pensamiento de alta tensión, *f)* la elaboración de pensamientos

alternativos/equilibrados, y g) una nueva valoración de las emociones. Cabe destacar que solamente las tres primeras columnas del registro forman parte de la evaluación, en tanto que las demás columnas hacen referencia a una técnica de tratamiento (reestructuración cognitiva).

REGISTRO DE PENSAMIENTOS

Situación	Emociones	Pensamientos automáticos (imágenes)	Evidencia que apoya al pensamiento de alta tensión	Evidencia que no apoya al pensamiento de alta tensión	Pensamientos alternativos y/o equilibrados	Estima ahora las emociones
¿Con quién estabas, qué estabas haciendo, cuándo fue, dónde estabas?	Describe cada emoción con una palabra y estima su intensidad (0-100%)	¿Qué estaba pasando por mi cabeza justo antes de empezar a sentirme de esta forma?, ¿qué imágenes o recuerdos tengo de esta situación?	(descubre el pensamiento de alta tensión) Escribe evidencia basada en los hechos que apoye al pensamiento de alta tensión	Escribe evidencia que ayude a darte cuenta que tu pensamiento de alta tensión no es completamente verdad	Elabora pensamientos alternativos y/o equilibrados, y estima el grado de creencia de cada pensamiento (0-100%)	Vuelve a estimar las emociones de la columna dos, además de cualquier otra nueva emoción (0-100%)

Figura 10. Registro de pensamientos basado en la Terapia Cognitiva de Beck (Greenberger y Padesky, 1998).

Por último, en la Figura 11 tenemos un registro de exposición (Burns, 2006) que pudiera emplearse cuando el paciente se expone a las situaciones sociales temidas (lo cuál ya sería parte del tratamiento). En dicho registro se anota el tipo de exposición (en vivo/cognitiva), la fecha, el tiempo que el individuo se expuso, la ansiedad experimentada (0-100%) tanto al inicio como al final de la exposición, y los pensamientos que se tuvieron al exponerse.

REGISTRO DE EXPOSICIÓN

Instrucciones: al principio de cada sesión de exposición, valore su nivel de ansiedad en una escala del 0% (ninguna ansiedad) al 100% (la ansiedad máxima posible). Describa los pensamientos o fantasías que tenga.

Tipo de exposición: _____

Fecha	Tiempo de exposición	Ansiedad al principio (0-100%)	Ansiedad al final (0-100%)	Pensamientos y fantasías temibles

Figura 11. Registro de exposición a las situaciones sociales temidas (tomado de Burns, 2006).

Es importante destacar que aunque existen formatos de autorregistro ya establecidos –como los mencionados–, en último término estos deben ser creados y adaptados a las necesidades de los pacientes que los utilicen.

Sin embargo, los autorregistros pueden convertirse en una tarea monótona, pesada y ardua; además de que se le debe dar un entrenamiento adecuado a la persona para que los llene correctamente (Perpiña *et al.*, 2003). Para minimizar el problema de que los pacientes olviden

llenar los autorregistros, Bados (2001) propone justificar adecuadamente la necesidad de los mismos, adaptar su complejidad a la comprensión y motivación del individuo, revisarlos al inicio de cada sesión, graficar la información para que el paciente pueda ver sus progresos, y hacerle ver que al no realizar el autorregistro se pierde información debido a fallos de memoria.

Finalmente, algunas amenazas a la validez del autorregistro son la no confiabilidad (inexactitud o inconsistencia del registro) y la reactividad (cambio que se da en la conducta al ser observada); y aunque tienen estas limitaciones, los autorregistros son una forma de evaluación muy utilizada –e importante– (Caballo *et al.*, 2005).

3.4 OBSERVACIÓN CONDUCTUAL

La observación conductual implica identificar conductas específicas observables y definir las operacionalmente. Después, el observador registra el momento en el que ocurren, junto con lo sucedido inmediatamente antes –antecedentes– e inmediatamente después –consecuencias– (Barlow y Durand, 2001a). Por lo que la observación directa de la conducta, proporciona información específica sobre la misma, del escenario donde ocurre y de las funciones que tiene; por lo que permite formular hipótesis sobre lo que pudiera estar manteniendo a la conducta (Kazdin, 1996).

De acuerdo a Caballo *et al.* (2005), en el caso de la fobia social, la observación conductual comúnmente se utiliza para identificar señales específicas de temor y para determinar la intensidad de la ansiedad cuando el sujeto se expone a situaciones temidas reales; además de que los cambios manifestados en las medidas de autoinforme pueden no verse reflejados a nivel conductual. La observación puede llevarse a cabo en tres tipos de situaciones: naturales, artificiales y simuladas.

La observación en situaciones *naturales* se efectúa en el medio natural del cliente, y puede llevarse a cabo pidiéndole a sus familiares, amigos y/o conocidos que lo observen en algunas situaciones definidas previamente y que registren una serie de aspectos a evaluar. Aunque también el clínico podría acompañar al paciente en dichas situaciones, y observarlo a distancia (Bados, 2001).

Las situaciones *artificiales* se llevan a cabo en escenarios reales, pero el procedimiento está preparado con antelación. En dichas observaciones algunas veces se utiliza un procedimiento de “engaño”, es decir, al cliente no se le dice que va a ser observado ni que la persona que va a interactuar con él es un colaborador del terapeuta –p. ej. un individuo puede estar en la sala de espera al lado de alguien que es cómplice del terapeuta, o el clínico puede organizar fiestas o reuniones con la intención de hacer dichas observaciones– (Bados, 2001).

Por su parte, en las situaciones *simuladas* (o de *role-playing*) se le pide al paciente que actúe –con el mayor realismo posible– una serie de situaciones problemáticas para él, contando con la ayuda de colaboradores. La mayor parte de estas pruebas tienen tres partes: *a*) una explicación detallada de la situación en la que está el individuo, *b*) un comentario hecho por un compañero hacia el sujeto objeto de la evaluación, y *c*) la respuesta de la persona al compañero. La conducta del colaborador puede ser altamente estructurada –el comentario está determinado de antemano–, medianamente estructurada –se limitan los comentarios pero se

deja un margen de maniobra–, y con estructuración nula –se puede responder libremente– (Bados, 2001).

Dentro de la observación de situaciones simuladas, se pueden incluir los tests de evitación conductual (*Behavioral Avoidance Tests, BAT's*). Básicamente existen tres tipos de pruebas estandarizadas: mantener una conversación con una persona del sexo opuesto, mantener una conversación con alguien del mismo sexo y dar una plática improvisada ante un pequeño grupo de personas (McNeil, Ries y Turk, 1995, en Perpiña *et al.*, 2003).

Antes, durante o después de la interacción social, se pueden evaluar los siguientes elementos: *a)* variables que influyen en el temor que experimenta el individuo, *b)* intensidad del temor que experimenta, *c)* sensaciones físicas que experimenta, *d)* cogniciones ansiosas que le pasan por la cabeza, y *e)* conductas de escape o evitación de la situación (McCabe y Anthony, 2002, en Caballo *et al.*, 2005).

Caballo *et al.* (2005) nos dice que al observar la conducta de un sujeto, se le puede grabar en video y después analizar su comportamiento tanto de forma global (p. ej. ansiedad social, habilidad social) como descomponiéndolo en elementos moleculares verbales (p. ej. pronunciación, tiempo de habla) y no verbales (p. ej. mirada, gestos, postura). Para realizar esto se suelen usar formatos de calificación de la adecuación y sincronización de estos elementos en la situación social analizada.

Un ejemplo de estos formatos es el *Sistema de evaluación conductual de la habilidad social –SECHS–* (disponible en Caballo, 1997), en el cual se califica en una escala de 1 a 5 la adecuación de una serie de conductas específicas, tanto verbales como no verbales. Una puntuación igual o mayor a 3 indica que la conducta es adecuada, en tanto que una menor a 3 estaría señalando una falta de habilidad en dicho componente. En la Tabla 9, se muestra un ejemplo de la evaluación de un componente verbal (contenido) y uno no verbal (mirada).

Tabla 9. Ejemplo de la evaluación del “contenido” (componente verbal) y de la “mirada” (componente no verbal), de acuerdo al *Sistema de evaluación conductual de la habilidad social –SECHS–* (disponible en Caballo, 1997).

CONTENIDO	MIRADA
1 = Muy poco interesante, aburrido, muy poco variado. Impresión muy negativa.	1 = Mira muy poco. Impresión negativa. Mira continuamente. Muy desagradable.
2 = Poco interesante, ligeramente aburrido, poco variado Impresión algo negativa.	2 = Mira poco. Impresión algo negativa. Mira en exceso. Desagradable.
3 = Contenido normal, cierta variación.	3 = Frecuencia y patrón de mirada normales.
4 = Contenido interesante, animado, variado. Agradable.	4 = Frecuencia y patrón de mirada buenos. Agradable.
5 = Contenido muy interesante, muy animado, variado. Muy agradable.	5 = Frecuencia y patrón de mirad muy buenos. Muy agradable.

3.5 REGISTROS PSICOFISILÓGICOS

Barlow y Durand (2001a) comentan que la evaluación psicofisiológica pretende de manera general evaluar la actividad del sistema nervioso, ya que cambios en este sistema reflejan sucesos emocionales y psicológicos. Sin embargo, los registros psicofisiológicos son poco

utilizados en la evaluación de la fobia social (Caballo *et al.*, 2005) y en realidad no se emplean en la práctica clínica (Bados, 2001), sin embargo pueden ser importantes a nivel de investigación.

Por ejemplo, se ha encontrado que el nivel de ansiedad reportado por los individuos con fobia social, está relacionado con el grado que ellos perciben de activación fisiológica, pero no con el grado real de esta activación; por lo que dicen haber experimentado más ansiedad que la que se registra (Edelmann y Baker, 2002; Mauss, Wilhelm y Gross, 2004; Westerbg, Lundh y Jönson, 2007). En dichos estudios, algunas medidas evaluadas fueron el ritmo cardiaco y respiratorio, el nivel de conductividad de la piel, la temperatura y el rubor facial.

3.6 AUTOINFORMES

Las medidas de autoinforme –junto con la entrevista– son la técnica más empleada en la práctica clínica, ya que en un breve periodo de tiempo se pueden comprobar las hipótesis que se habían planteado a lo largo de la entrevista, se pueden analizar diferentes componentes del problema y explorar síntomas asociados (Perpiña *et al.*, 2003).

Y aunque el clínico no puede basarse únicamente en ellos para realizar el diagnóstico, son una valiosa ayuda para proporcionar información antes, durante y/o después del tratamiento. Además de que a nivel de investigación, son frecuentemente un elemento inestimable para obtener información a gran escala sobre el problema que nos interesa (Caballo *et al.*, 2005).

A continuación se describirán las medidas de autoinforme más utilizadas en la evaluación de la fobia social, para una revisión más detallada de las mismas *véase* Caballo *et al.* (2003); García-López, Olivares y Vera-Villaroel (2003); Orsillo (2001); Zubeidat, Fernández y Sierra (2006).

1. Escala de Evitación y Ansiedad Social (*Social Avoidance and Distress Scale, SAD*) y Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (*Fear of Negative Evaluation Scale, FNE*). Estas dos escalas fueron desarrolladas por Watson y Friend (1969), y pretenden medir dos aspectos centrales de la fobia social: el SAD evalúa el grado de evitación y ansiedad social, y el FNE el miedo a la evaluación negativa por parte de los demás –un aspecto más cognitivo-. La SAD cuenta con 28 ítems que se contestan como falso/verdadero, siendo la puntuación media de 8.24 para los hombres y de 11.2 para las mujeres. La consistencia interna de la SAD es de 0.94, y la confiabilidad test-retest es de 0.68 en el periodo de un mes. Por su parte el FNE esta compuesto por 30 ítems que también se contestan con falso/verdadero, obteniéndose una media de 13.97 para los hombres y de 16.1 para las mujeres. La consistencia interna del FNE es de 0.94, y su confiabilidad test-retest de 0.78 en un mes. Además se ha desarrollado una versión breve del FNE (*A Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale, B-FNE*; Leary, 1983), que tiene solamente 12 ítems y se contesta en una escala de 5 puntos (de 1 a 5); teniendo una consistencia interna de 0.90, una confiabilidad test-retest de 0.75 y una correlación de 0.96 con la escala original (FNE). Se encuentra disponible una versión en español del SAD en García-Portilla (2008), del FNE en Girodo (1980) y del BFNE en Gallego, Botella, Quero, Baños y García-Palacios (2007).
2. Inventario de Ansiedad y Fobia Social (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*). Este inventario fue desarrollado por Turner, Beidel, Dancu y Stanley (1989), y mide los

aspectos conductuales, cognitivos y fisiológicos de la fobia social. Está compuesto por 45 ítems, que se contestan en una escala de 7 puntos (de 0 a 6). El inventario está dividido en dos subescalas, una de fobia social (32 ítems) y otra de agorafobia (13 ítems); obteniéndose de esta manera tres puntuaciones: fobia social, agorafobia y diferencia. La diferencia se obtiene restando a la puntuación de fobia social la de agorafobia. Para diferenciar a los sujetos con fobia social de los que no, se propone una puntuación de diferencia arriba de 60. La consistencia interna para las subescalas de fobia social y agorafobia, es de 0.96 y 0.85 respectivamente; y la confiabilidad test-retest se ubica en 0.86 en el periodo de dos semanas. Tanto las subescalas como la puntuación de diferencia son capaces de discriminar entre grupos con problemas de ansiedad y grupos normativos; además de ser capaz de diferenciar fobia social de otros trastornos de ansiedad (trastorno de pánico y trastorno obsesivo compulsivo).

3. Escala de Fobia Social (*Social Phobia Scale, SPS*) y Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (*Social Interaction Anxiety Scale, SIAS*). Ambas escalas fueron desarrolladas por Mattick y Clarke (1998), evaluando el SPS la ansiedad a la actuación social (e.g. escribir delante de otros) y el SIAS la ansiedad a la interacción social (e.g. hablar con alguien). Cada una de las escalas cuenta con 20 ítems, y se contestan en una escala de 5 puntos (de 0 a 4). En el SPS, los sujetos con fobia social tienen una puntuación media de 40 (SD=16), en tanto que las personas sin problemas de ansiedad tienen una media de 14.4 (SD=11.2). La consistencia interna del SPS es de 0.87 a 0.94, y la confiabilidad test-retest en un periodo de cuatro a doce semanas ha sido de 0.66 a 0.93. Por su parte el SIAS, presenta una media de 24.6 (SD=16.4) en individuos con fobia social, y de 18.8 (SD=11.8) en sujetos sin problemas de ansiedad. De 0.86 a 0.94 es la consistencia interna del SIAS, en tanto que confiabilidad test-retest es de 0.86 a 0.92 en un periodo de cuatro a doce semanas. Ambas escalas traducidas al español se encuentran en Bados (2001).
4. Test de Autoafirmaciones en Interacciones Sociales (*Social Interaction Self-Statement Test, SISST*). Glass, Merluzzi, Biever y Larsen (1982) desarrollaron este test que evalúa los pensamientos que un individuo tiene antes, durante o después de una situación social. El SISST está formado por 30 ítems, de los cuales 15 se refieren a la presencia de pensamientos positivos (facilitadores), y 15 a la de pensamientos negativos (inhibidores). Cada ítem se contesta en una escala de 5 puntos (de 1 a 5). La puntuación media en mujeres estudiantes con problemas de ansiedad social ha sido de 38.88 (SD=9.93) en la subescala de pensamientos negativos, y de 49.62 (SD=7.39) en la subescala de pensamientos positivos. En tanto que la media en mujeres estudiantes con bajos niveles de ansiedad social ha sido de 33.32 (SD=8.27) en la subescala negativa y de 54.95 (SD=7.05) en la subescala positiva. Los estudiantes con altos niveles de ansiedad social (en comparación con los que tienen bajos niveles) puntúan significativamente más alto en la subescala de pensamientos negativos y significativamente más bajo en la de pensamientos positivos. En Caballo (1997) está disponible una versión en español.
5. Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS*). Esta escala desarrollada por Liebowitz (1987) suele ser aplicada por el entrevistador que va llenándola de acuerdo a las respuestas del paciente, sin embargo también puede ser usada como una medida de autoinforme llenada por el sujeto. La LSAS consta de 24 ítems, cada uno de los cuales es evaluado desde una doble perspectiva: ansiedad experimentada en dichas situaciones y evitación de las mismas. De los 24 ítems, 13 corresponden a situaciones de actuación social y 11 a situaciones de interacción social. Tanto la ansiedad

como la evitación de cada ítem, es evaluada en una escala de 4 puntos (de 0 a 3). Se puede obtener una puntuación total, así como una por cada subescala (ansiedad, evitación, ansiedad a la actuación social y ansiedad a la interacción social). De acuerdo a la puntuación total se sugieren los siguientes puntos de corte: menos o igual a 51 (ansiedad social leve), de 52 a 81 (ansiedad social moderada) y más o igual a 82 (ansiedad social grave). Su versión en español se puede encontrar en García-Portilla (2008).

6. Escala Breve de Fobia Social (*Brief Social Phobia Scale, BSPS*). Este instrumento desarrollado por Davidson *et al.* (1991), es una entrevista con formato de escala llenada por el clínico, que mide tres subescalas: miedo, evitación y síntomas neurovegetativos. El BSPS está compuesto por 18 ítems, de los cuáles 7 evalúan el miedo a siete situaciones sociales, otros 7 evalúan la evitación de las mismas siete situaciones, y los últimos 4 ítems hacen referencia a cuatro síntomas fisiológicos (enrojecimiento, palpitaciones, temblores y sudoración). Cada uno de los ítems se evalúa en una escala de 5 puntos (de 0 a 4), y se puede obtener una puntuación total y una por cada subescala. En García-Portilla (2008) está disponible la versión en español.
7. Inventario de Fobia Social (*Social Phobia Inventory, SPIN*). Este inventario fue desarrollado por Connor, *et al.* (2000), basándose en la Escala Breve de Fobia Social (BSPS; Davidson, *et al.*, 1991). El SPIN cuenta con 17 ítems que evalúan tres aspectos fundamentales de la fobia social: miedo, evitación y síntomas fisiológicos. Cada uno de los ítems es contestado en una escala de 5 puntos (de 0 a 4). La puntuación media para sujetos con fobia social es de 41.1 (SD=10.2) y para individuos sin ansiedad social es de 12.1 (SD=9.3). La puntuación de corte propuesta es de 19, distinguiendo a fóbicos sociales de los que no lo son, con una eficacia del 79%. El SPIN presenta una consistencia interna de 0.87 a 0.94 en sujetos con fobia social, y de 0.82 a 0.90 en personas sin ansiedad social. La confiabilidad test-retest ha sido de 0.84 y de 0.78 en dos grupos de personas con fobia social. El SPIN es sensible al cambio después de un tratamiento, y presenta 5 factores: miedo y evitación ante extraños y eventos sociales (1), miedo y evitación a la crítica y el ridículo (2), síntomas fisiológicos (3), miedo y evitación a las personas con autoridad (4), y evitación de ser el centro de atención y hablar en público (5). Además tiene una correlación de 0.92 con el BSPS, y de 0.87 con el LSAS. Por otra parte, se ha desarrollado el Mini-SPIN (Connor, Kobak, Churchill, Katzelnick y Davidson, 2001), el cual consiste en la suma de tres ítems del SPIN (6, 9 y 15); y si el resultado de esta suma es igual o mayor de 6, se detecta fobia social con una eficacia del 90%. La versión en español esta disponible en García-Portilla (2008).

Es importante que las medidas de autoinforme cuenten con buenas propiedades psicométricas, y que estén adaptadas a la población en la que se quieren utilizar (véase capítulo 4). Pero como menciona Caballo (1997), estos instrumentos al pretender explorar las conductas y pensamientos de la persona en situaciones de la vida real, se ven expuestos a una serie de errores por parte del individuo que los contesta:

1. Lo que un sujeto piensa acerca de su propia conducta puede no coincidir con su conducta real, ya sea por la deseabilidad social o por una percepción errónea de su conducta en las situaciones sociales.
2. La conducta y los pensamientos de un sujeto, varían de acuerdo a las situaciones y a las personas. Por lo que los individuos actúan y piensan de forma diferente en situaciones distintas.

3. Se le pide al individuo que en una frase –un ítem del autoinforme– clasifique y limite sus conductas o pensamientos de la vida real. Lo cual es difícil de lograr, ya que nunca ha descrito con una simple frase la complejidad de un pensamiento o situación.
4. Se le pide también que recuerde cómo piensa o cómo actúa normalmente en determinadas situaciones. Sin embargo, es posible que algunas personas se acuerden únicamente de pensamientos o conductas favorables, en tanto que otras solo se acuerden de los desfavorables –esto último es probable que se manifieste en los fóbicos sociales–.
5. Se considera que cada ítem es un estímulo estándar, que provoca el mismo tipo de datos en cada individuo. Pero resulta que un mismo pensamiento, puede significar cosas muy diferentes en dos personas distintas.
6. En ocasiones, la información necesaria para contestar adecuadamente puede no estar disponible para el sujeto. Ya que podría haber situaciones que no haya experimentado nunca y por lo tanto no sabe cómo se comportaría, o tal vez no puede verbalizar los procesos cognitivos subyacentes a sus conductas.

A pesar de todos estos inconvenientes, los autoinformes pueden suministrar índices del resultado clínico y proporcionar información de las autopercepciones del paciente –las cuáles no están disponibles por medio de la observación– (Caballo, 1997). En definitiva, como dicen Perpiña *et al.* (2003), estamos refiriéndonos a técnicas que requieren de poco tiempo para aplicarse, ofrecen datos “objetivos” de la subjetividad de la persona, y muchas de las mismas están estandarizadas y cuentan con normas psicométricas.

ELABORACIÓN Y ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA

4.1 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

En psicología se miden variables y se desarrollan instrumentos que los especialistas utilizan en diversos campos, los teóricos de la medición se ocupan de analizar y justificar de forma rigurosa las mediciones contemplando los avances en la *psicometría* (Muñíz, 1998). Esta última es definida como la disciplina que tiene como objetivo llevar a cabo la medición de la conducta, y la misma constituye un pilar muy importante de la psicología (Morales, 2002).

Un instrumento de medición psicológica, es un dispositivo o procedimiento de medición compuesto de un conjunto de números u otros símbolos, que está diseñado para medir rasgos o constructos psicológicos (Cohen y Swerdlik 2001). Es decir, las pruebas psicométricas tienen por objeto ser instrumentos estandarizados para medir características de personalidad y capacidades humanas; son herramientas para la recopilación de información estructurada acerca de personas, y tienen como objetivo ser medidas confiables y válidas para considerarse instrumentos de medición científicos (Coolican, 2005).

4.2 ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS

La creación de un instrumento de medida obedece a principios establecidos para la elaboración de pruebas. Basándonos en Cohen y Swerdlik (2001), el proceso de su elaboración podría consistir en cinco etapas (*véase* Figura 12): conceptualización de la prueba (1), construcción (2) y ensayo de la misma (3), aplicación empírica –análisis de sus propiedades psicométricas– (4), y revisión de la prueba (5). A continuación se describen cada una de estas etapas.

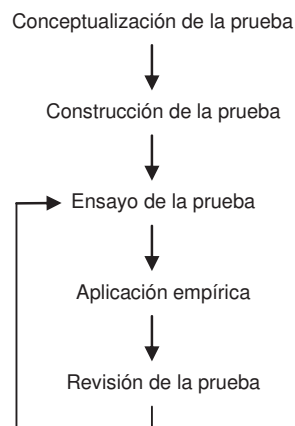


Figura 12. Proceso de elaboración de un instrumento de medida (adaptado de Cohen y Swerdlik, 2001).

4.2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PRUEBA

La elaboración de una prueba comienza planteando la finalidad con la que se construye, lo cuál consiste en definir el objetivo del instrumento y los constructos que se medirán. Una vez que se tiene clara la finalidad de la prueba, se recomienda no proceder a elaborarla inmediatamente, pues antes hay que revisar distintas fuentes de información para determinar si existe ya alguna prueba que mida dicho *constructo* (Hogan, 2004). Entendiéndose este último, como una idea científica de la cual podemos inferir su existencia a partir del comportamiento observable (Cohen y Swerdlik, 2001); de hecho se buscan definiciones operacionales de los constructos, ya que estas proporcionan el conjunto de actividades necesarias para medirlo (Coolican, 2005).

Posteriormente se toman decisiones acerca del instrumento, basándose en la finalidad de la prueba y en la interpretación que se pretenda dar a las puntuaciones. Hogan (2004) recomiendan que se aborden ciertos aspectos de diseño como: *a) el modo de aplicación* –individual o colectiva–, *b) el tiempo de duración*, *c) el formato de los reactivos* –opción múltiple, verdadero o falso, construcción de respuesta, etc.–, *d) los informes de las puntuaciones* –existencia de un registro escrito a mano o por computadora–, *e) la capacitación del aplicador* –entrenamiento necesario para aplicar y calificar la prueba–, y *f) la investigación de antecedentes* –búsqueda bibliográfica, conversaciones con expertos–.

4.2.2 CONSTRUCCIÓN DE LA PRUEBA

Una vez que se ha concebido la idea de una prueba (conceptualización), se procede a realizar un borrador de los reactivos de la misma (construcción).

La elaboración de *escalas* puede definirse como el proceso de establecimiento de reglas, para la asignación numérica en la medición. Es decir, se refiere al proceso por el cual se diseña y calibra un dispositivo de medición; así como a la forma en que se asignan números o valores a lo que se está midiendo. En psicometría, las escalas son instrumentos usados para medir rasgos, características o atributos psicológicos (Cohen y Swerdlik, 2001).

Tipos de escalas

Las escalas pueden clasificarse a lo largo de un continuo del nivel de medición, y denominarse por su naturaleza como nominales, ordinales, de intervalo o de razón (Cohen y Swerdlik, 2001); representando cada una de ellas un nivel de complejidad creciente (Hogan, 2004). A continuación se describen estos tipos de escalas, de acuerdo a lo expuesto por Nunnally (1991).

1. *Escala nominal*: se encuentra en el nivel menos complejo, distingue a los objetos codificándolos en categorías excluyentes, pero no hace ninguna distinción de cantidad ni de orden.
2. *Escala ordinal*: es aquella en la que se ordena a un conjunto de objetos de mayor a menor respecto a un atributo, pero no indica cuánto de ese atributo se posee, ni cuán alejados están los objetos entre sí.

3. *Escala de intervalo*: ubica a los objetos en orden con respecto a un atributo, y además lo hace en intervalos iguales; sin embargo carece de un punto cero verdadero (no indica la ausencia real del atributo).
4. *Escala de razón*: es la más compleja, ubica a los objetos en orden, lo hace en intervalos iguales, y además posee un punto cero verdadero. Sin embargo, la mayor parte de las mediciones psicológicas que se hacen, son en base a escalas ordinales y de intervalo.

Al elaborar las pruebas, se diseña un método de medición (escalas) de tal manera que se adapte óptimamente al constructo que se desea medir (Cohen y Swerdlik, 2001).

Métodos para elaborar escalas

La manera en como se asignan números a las respuestas de la prueba, para así poder calcular una puntuación total, se lleva a cabo por medio de la elaboración de una escala de reactivos. Sin embargo, el método de elaboración de escalas que se elige en la construcción de una prueba, depende de muchos factores, como las variables que se van a medir, el grupo en el que se pretende aplicar, y las preferencias del investigador (Cohen y Swerdlik, 2001). A continuación se muestran algunos de estos métodos para construir escalas.

1. *Escala tipo Likert*: es una escala de sumatoria de puntuaciones –muy utilizada dentro de la psicología–, que consiste en presentar varias opciones de respuesta a lo largo de un continuo de puntos (p. ej. de 0 a 4), los cuáles generalmente representan desde el “totalmente de acuerdo” al “totalmente en desacuerdo” (Cohen y Swerdlik, 2001; Coolican, 2005).
2. *Escala de Thurstone*: es una escala que produce medidas de intervalos aparentemente iguales, donde se le pide a los sujetos que seleccionen de un conjunto de afirmaciones, las que reflejen con mayor exactitud sus propias actitudes (Cohen y Swerdlik, 2001; Coolican, 2005).
3. *Escala Guttman*: se presentan reactivos que varían en forma gradual, de expresiones más débiles a otras más fuertes con respecto a lo que se está midiendo (actitud, creencia, etc.). Están diseñadas de manera que los individuos que estén de acuerdo con las expresiones más fuertes, también lo estén con las más moderadas (Cohen y Swerdlik, 2001).
4. *Escala de diferencial semántico*: el sujeto tiene que elegir entre una serie de escalas catalogadas con adjetivos contrarios polares, como por ejemplo hostil-amigable o competente-incompetente; su objetivo es medir el significado que tiene un objeto para un individuo (Hogan, 2004).

4.2.3 ENSAYO DE LA PRUEBA

Puede considerarse como una *prueba piloto*, que tiene como objetivo obtener datos empíricos preliminares acerca del funcionamiento del instrumento (Balluerka, Gorostiaga, Alonso-Arbiol y Haranburu, 2007). Cohen y Swerdlik (2001) comentan que la prueba debe ensayarse con personas similares a las personas para las que está diseñada, y que no es conveniente usar menos de cinco sujetos (de preferencia diez) por cada reactivo del instrumento. Ya que un riesgo de usar pocos sujetos es que en el

análisis factorial (explicado más adelante) podrían surgir “factores fantasmas”, es decir, factores inexistentes que en realidad son consecuencia del tamaño pequeño de la muestra. Por último, el ensayo de la prueba deberá llevarse a cabo bajo condiciones lo más parecidas posible, a las en que se aplicará la prueba estandarizada (Cohen y Swerdlik, 2001).

4.2.4 APLICACIÓN EMPÍRICA

La *aplicación empírica* del instrumento, se realiza con una muestra amplia de la población, teniendo como objetivo analizar sus propiedades psicométricas –básicamente confiabilidad y validez– (Balluerka *et al.*, 2007).

Confiabilidad

La confiabilidad se puede definir como la consistencia de la herramienta de medición, o bien, la precisión con la que mide la prueba (Cohen y Swerdlik, 2001). La confiabilidad tiene que ver con la consistencia de una medición ya sea a lo largo de diferentes aplicaciones de prueba –externa– o dentro de sí misma –interna– (Coolican, 2005). Existen básicamente tres tipos de indicadores para medir el grado de confiabilidad de un instrumento (en la Tabla 10 se puede ver un resumen de los mismos), cada uno de los cuales es explicado a continuación.

1. *Confiabilidad test-retest*: es una estimación de la confiabilidad obtenida al correlacionar pares de puntuaciones de las mismas personas, en dos aplicaciones diferentes de la misma prueba. Es decir, las escalas deben producir los mismos resultados al probarlas nuevamente con las mismas personas en momentos diferentes (Cohen y Swerdlik, 2001). El coeficiente de confiabilidad es la correlación entre las puntuaciones de la primera y segunda evaluaciones, y para obtenerlo el método más utilizado es la *r de Pearson* (Hogan, 2004).
2. *Consistencia interna*: se refiere a la consistencia entre reactivos, es decir al grado de correlación entre todos los reactivos de la prueba (Nunnally, 1991). El método más empleado para obtenerla es el *alfa de Cronbach* (α), por medio del cual se divide de todas las formas posibles el número total de reactivos, y se calcula una correlación entre cada una de las mitades; el promedio resultante de todas las correlaciones es el alfa (Aron y Aron, 2001).
3. *Confiabilidad entre evaluadores*: es el grado de acuerdo o consistencia que existe entre dos o más observadores (Cohen y Swerdlik, 2001). El coeficiente de confiabilidad entre evaluadores es la correlación (generalmente obtenida mediante la *r de Pearson*) entre las puntuaciones que asigna el primero y el segundo evaluador.

Tabla 10. Diferentes tipos de confiabilidad (adaptado de Aron y Aron, 2001)

Confiabilidad test-retest	Correlación de pruebas aplicadas a las mismas personas en diferentes ocasiones.
Consistencia interna	Correlación entre los distintos ítems.
Confiabilidad entre evaluadores	Correlación entre los valores de diferentes evaluadores al calificar al mismo grupo de personas y objetos.

Validez

El término *validez* se refiere al hecho de que una prueba mida realmente lo que pretende medir. Un instrumento que no es confiable, no puede ser válido. Pero aún si es confiable (preciso y repetible), *no* necesariamente es válido. De hecho, la validez de una prueba es más difícil de evaluar que la confiabilidad de la misma (Aron y Aron, 2001). Existen varios medios para evaluar la validez de un instrumento (en la Tabla 11 se puede ver un resumen de los mismos), los cuáles son explicados a continuación.

1. *Validez de contenido*: se refiere a que el instrumento recoja una muestra representativa de conducta, de todas las conductas posibles del constructo que se está midiendo –lo cuál generalmente se hace con el juicio de expertos– (Cohen y Swerdlik, 2001). Es decir, se encamina a comprobar que la prueba recoge una muestra significativa de los contenidos, pues hay que asegurarse que todos los componentes que se evalúan estén representados en la escala (Muñiz, 1998).
2. *Validez de criterio*: es un juicio basado en la norma contra la cual es valorada una prueba o la puntuación de la misma (Cohen y Swerdlik, 2001). Se trata de comparar la medida de la variable de interés, con algún otro indicador –lo cuál pudiera hacerse mediante una *r de Pearson*– (Aron y Aron, 2001). Dentro de la validez de criterio se pueden incluir otros tres tipos de validez: predictiva, convergente y discriminante. La *validez predictiva* se centra en la comprobación de que las pruebas predican aquello para lo que fueron diseñadas (Muñiz, 1998). Por su parte, en la *validez convergente* se trata de comparar la prueba, con otra que mida el mismo constructo (o uno parecido) –esperándose correlaciones altas–. Y en la *validez discriminante*, se hace esta comparación de pruebas, pero con otra que mida una variable nada o poco relacionada –esperándose correlaciones bajas– (Aron y Aron; Cohen y Swerdlik, 2001).

Tabla 11. Diferentes tipos de validez de un instrumento (adaptado de Aron y Aron, 2001)

Validez de contenido	Conforme a la opinión de los expertos, el contenido de la prueba parece abarcar todo el espectro de lo que la prueba pretende medir.
Validez de criterio	Las puntuaciones de la prueba se correlacionan con algún otro indicador de lo que se supone mide la prueba.
Validez predictiva	La puntuación de la prueba predice valores en otra variable que debería ser predicha por la prueba, conforme a lo que pretende medir; es un tipo de validez de criterio.
Validez convergente	La puntuación en la prueba se correlaciona con otra variable medida al mismo tiempo y que se sabe está correlacionada con lo que la prueba pretende medir; es un tipo de validez de criterio.
Validez discriminante	La puntuación en la prueba se correlaciona con otra variable medida al mismo tiempo y que se sabe <i>no</i> está correlacionada (o muy poco) con lo que la prueba pretende medir; es un tipo de validez de criterio.

También se suele hablar de *validez de constructo*, pero como dicen Aron y Aron (2001), es un término que se ha utilizado de varias maneras. Pero mencionan que frecuentemente se utiliza para referirse a cuando la puntuación de una prueba confirma un resultado predicho. Ya que el instrumento utilizado fue capaz de producir el resultado que se había predicho, se demuestra que el constructo implícito en la prueba, queda comprobado conforme a la teoría.

Se sugiere que la validez de constructo, puede ser vista como un concepto unificador para toda la evidencia de validez; de esta manera, todos los tipos de validez de contenido y de criterio, serían formas de validez de constructo (Cohen y Swerdlik, 2001).

Una de las maneras de explorar la validez de constructo, es por medio del *análisis factorial*. El cuál es un término abreviado que se usa para describir una serie de procedimientos matemáticos, que están diseñados para identificar variables específicas en las que pueden diferir las personas (Cohen y Swerdlik, 2001). El término de análisis factorial, hace referencia a la *estructura interna* de un instrumento. Y lo que hace es indicar al investigador que variables tienden a agruparse, es decir, correlacionar entre sí y no con otras. Por lo que cada agrupación de variables, tiende a denominarse como un *factor* (Aron y Aron, 2001).

4.2.5 REVISIÓN DE LA PRUEBA

En la etapa de *revisión* de la prueba, algunos reactivos pueden ser eliminados y otros redactados de nuevo. Existen diversas formas de enfocar la revisión de la prueba, pero una vez equilibradas las preocupaciones referentes a la confiabilidad y validez de los reactivos, el siguiente paso será una aplicación de la prueba revisada bajo condiciones estandarizadas a una segunda muestra de sujetos (Cohen y Swerdlik, 2001).

De acuerdo a Coolican (2005), el proceso estandarización de una prueba implica ajustarla, hasta que llegue a ser útil como instrumento de medida en la población objetivo, y permita comparar sujetos de manera justa y confiada.

4.3 ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS

Las pruebas desarrolladas en otras culturas no son automáticamente utilizables, ya que deben de *adaptarse* en función de las diferencias interculturales entre la población originaria y aquella en la que se desea utilizar. La filosofía general que debe de guiar el proceso de adaptación, consiste en que el instrumento mida el mismo constructo de la misma forma, pero tomando en cuenta las particularidades de la nueva población. Lo cuál evidentemente no es nada fácil (Muñiz y Hamblenton, 1996).

Una primera decisión difícil es la selección de los traductores, ya que idealmente deberían cumplir con algunas características, tales como conocer ambas culturas –y no solo el idioma–, y poseer conocimientos sobre el proceso de construcción de pruebas. Una técnica habitual de traducción es la llamada “traducción inversa”, en dónde un equipo de traductores primero traducen la prueba al idioma de interés, y después otro equipo vuelve a traducir dicha versión al idioma original; para finalmente comparar el grado de coincidencia del instrumento traducido con el original (Muñiz y Hamblenton, 1996).

Sin embargo, el realizar una traducción correcta es tan solo el inicio de la adaptación de un instrumento. Ya que a partir de ahí se tienen que comprobar empíricamente sus propiedades psicométricas, tales como validez y confiabilidad –explicadas anteriormente– (Muñiz y Hamblenton, 1996).

Hambledon y Pastula (1999) han propuesto algunos pasos ideales que deberían seguirse en la adaptación de una prueba, con la intención de evitar posibles fuentes de error en el proceso:

1. Garantizar que el constructo exista en el lenguaje y cultura del grupo de interés.
2. Decidir si se adapta una prueba existente o se desarrolla una nueva.
3. Seleccionar traductores profesionales cualificados.
4. Traducir la prueba
5. Revisar la versión traducida del instrumento y hacer las revisiones necesarias.
6. Conducir un pequeño estudio de la versión adaptada de la prueba –estudio piloto–.
7. Llevar a cabo la aplicación de la prueba a una muestra amplia y representativa de individuos, realizando los análisis estadísticos necesarios.
8. Si se quieren llevar a cabo comparaciones interculturales, elegir un diseño estadístico para relacionar las puntuaciones de la versión original y de la adaptada del instrumento.
9. Si la comparación entre culturas es de interés, garantizar la equivalencia lingüística de las versiones de la prueba.
10. Realizar investigación –adicional– según corresponda.
11. Documentar el proceso y preparar un manual para los usuarios de la prueba adaptada.
12. Entrenar a los usuarios.
13. Seguir monitoreando el instrumento adaptado.

Pero fundamentalmente, podríamos considerar tres fases principales en la adaptación de una prueba: *a)* traducción de los ítems, *b)* fase piloto, y *c)* aplicación empírica del instrumento (Balluerka *et al.*, 2007). Cada uno de las cuales ya ha sido explicada anteriormente.

Para finalizar, es importante mencionar que el uso incorrecto de un instrumento de medida resulta funesto en cualquier campo del conocimiento, pero esto es especialmente grave en psicología, ya que frecuentemente están implicadas decisiones importantes para la vida de las personas. Sin embargo, es de destacar que muchas de las veces los problemas en torno a las pruebas provienen de su uso inadecuado, y no tanto por la prueba en sí, de su construcción o propiedades psicométricas (Muñiz y Hambledon, 1996).

CAPITULO 5

MÉTODO

5.1 SUJETOS

El número total de participantes fue de 575 sujetos, que conforman 4 muestras (véase Tabla 12). Las muestras “A” ($n = 383$) y “B” ($n = 367$), estuvieron formadas por estudiantes universitarios de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH); de los cuáles 276 pertenecieron a ambas muestras. La muestra “C” correspondió a sujetos diagnosticados con fobia social ($n = 51$), y la “D” ($n = 50$) a individuos con un trastorno de ansiedad generalizada; siendo estas muestras recolectadas por un psiquiatra del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Tabla 12. Se observa para cada una de las cuatro muestras (“A”, “B”, “C” y “D”), el número de participantes, el sexo, la edad, el nivel de estudios, y el estado civil.

	A <i>(universitarios primera aplicación)</i>	B <i>(universitarios segunda aplicación)</i>	C <i>(fobia social)</i>	D <i>(ansiedad generalizada)</i>
N	383	367	51	50
SEXO				
Hombres	71 (18.5%)	72 (19.6%)	24 (47.1%)	33 (66%)
Mujeres	312 (81.5%)	295 (80.4%)	27 (52.9%)	17 (34%)
EDAD				
Media	19.60	19.49	34.39	40.92
Desviación estándar	2.29	2.01	13.57	13.88
Rango	18-41	18-39	18-72	19-80
Desconocido	1	2	0	0
ESTUDIOS				
Primaria			8 (15.7%)	5 (10%)
Secundaria			5 (9.8%)	8 (16%)
Preparatoria			9 (17.6%)	9 (18%)
Estudiantes univ.	383 (100%)	367 (100%)	9 (17.6%)	0 (0%)
Licenciatura			17 (33.3%)	28 (56%)
Postgrado			3 (5.9%)	0 (0%)
Desconocido	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
EDO. CIVIL				
Soltero	365 (95.3%)	349 (95.1%)	24 (47.1%)	10 (20%)
Casado	12 (3.1%)	10 (2.7%)	17 (33.3%)	30 (60%)
Divorciado/separado	1 (0.3%)	1 (0.3%)	6 (11.8%)	7 (14%)
Union libre	4 (1.0%)	4 (1.1%)	0 (0%)	1 (2%)
Madre soltera	0 (0%)	1 (0.3%)	2 (3.9%)	0 (0%)
Viuda	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	2 (4%)
Desconocido	1 (0.3%)	2 (0.5%)	1 (2%)	0 (0%)

5.2 INSTRUMENTOS

1. *Inventario de Fobia Social (Social Phobia Inventory, SPIN)*. Este inventario fue desarrollado por Connor, *et al.* (2000), basándose en la Escala Breve de Fobia Social (BSPS; Davidson, *et al.*, 1991). El SPIN cuenta con 17 ítems divididos en

tres subescalas que evalúan miedo (ítems 1, 3, 5, 10, 14 y 15), evitación (4, 6, 8, 9, 11, 12 y 16) y síntomas fisiológicos (2, 7, 13 y 17). Cada reactivo es contestado en una escala de 5 puntos (de 0 a 4). La puntuación media para sujetos con fobia social es de 41.1 ($DE = 10.2$) y para individuos sin ansiedad social es de 12.1 ($DE = 9.3$). La puntuación de corte propuesta es de 19, distinguiendo a fóbicos sociales de los que no lo son, con una eficacia del 79%. El SPIN presenta una consistencia interna de 0.87 a 0.94 en sujetos con fobia social, y de 0.82 a 0.90 en personas sin ansiedad social. La confiabilidad test-retest ha sido de 0.84 y de 0.78 en dos grupos de personas con fobia social. El SPIN es sensible al cambio después de un tratamiento, y presenta 5 factores –véase Anexo 4–: miedo y evitación ante extraños y eventos sociales (1), miedo y evitación a la crítica y el ridículo (2), síntomas fisiológicos (3), miedo y evitación a las personas con autoridad (4), y evitación de ser el centro de atención y hablar en público (5). Además tiene una correlación de 0.92 con el BSPS, y de 0.87 con el LSAS.

2. *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve (A Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale, BFNE)*. Está escala fue desarrollada por Leary (1983), y consiste en una versión breve del FNE (Watson y Friend, 1969). Se utilizó la versión española adaptada por Gallego, Botella, Quero, Baños y García-Palacios (2007). Esta escala cuenta con 12 ítems que se contestan en una escala de 5 puntos (de 1 a 5), cinco de los cuales se califican de manera inversa (2, 4, 7 y 10). El BFNE tiene una consistencia interna de 0.90 en personas con fobia social, y presenta 2 factores (uno conformado con los ítems directos y otro con los inversos). La puntuación media en hombres con fobia social es de 41.95 ($DE = 9.20$) y en mujeres de 43.45 ($DE = 9.23$). Además presenta una correlación de 0.52 con el SAD y de 0.43 con el BDI.
3. *Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (Social Interaction Anxiety Scale, SIAS)*. Desarrollada por Mattick y Clarke (1998), esta escala mide la ansiedad a la interacción social (p. ej. hablar con alguien). Cuenta con 20 ítems que se contestan en una escala de 5 puntos (de 0 a 4), tres de los cuáles se califican de manera inversa (5, 9 y 11). El SIAS presenta una media de 24.6 ($DE = 16.4$) en individuos con fobia social, y de 18.8 ($DE = 11.8$) en sujetos sin problemas de ansiedad. La consistencia interna es de 0.86 a 0.94, y la confiabilidad test-retest es de 0.86 a 0.92 en un periodo de cuatro a doce semanas.
4. *Escala de Fobia Social (Social Phobia Scale, SPS)*. Esta escala desarrollada por Mattick y Clarke (1998), evalúa la ansiedad a la actuación social (p. ej. escribir delante de otros). Cuenta con 20 ítems que se contestan en una escala de 5 puntos (de 0 a 4). En el SPS, los sujetos con fobia social tienen una puntuación media de 40 ($DE = 16$), y las personas sin problemas de ansiedad una media de 14.4 ($DE = 11.2$). Su consistencia interna es de 0.87 a 0.94, y la confiabilidad test-retest en un periodo de cuatro a doce semanas es de 0.66 a 0.93.
5. *Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI)*, fue utilizada la versión mexicana adaptada por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). El inventario consta de 21 ítems calificados en una escala de 4 puntos (de 0 a 3). La puntuación media para población general es de 12 ($DE = 9.3$), para pacientes con trastornos de ansiedad de 36.9 ($DE = 12.6$), y para sujetos sanos de 9.7 ($DE = 7.0$). Se sugirieron las siguientes normas de calificación: ansiedad mínima (de 0 a 5 puntos), ansiedad leve (de 6 a 15), ansiedad moderada (de 16 a 30) y ansiedad severa (de 31 a 63). El

BAI presenta una consistencia interna de 0.84 en estudiantes universitarios y de 0.83 en población general. Posee 4 factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. Cuenta con una confiabilidad test-retest de 0.75, y una correlación de 0.60 con la escala de ansiedad estado y de 0.59 con la escala de ansiedad rasgo (del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado, IDARE).

6. *Inventario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inventory, BDI)*, se utilizó la versión mexicana adaptada por Jurado *et al* (1998). Este inventario tiene 21 ítems (y un adicional), en cada uno de los cuales se tiene que elegir entre cuatro enunciados que describen el estado de la persona, lo cual vendría siendo una escala de 4 puntos (de 0 a 3). El BDI presenta una consistencia interna de 0.87 en población general, y cuenta con tres factores. Las normas de calificación propuestas son: depresión mínima (de 0 a 9 puntos), depresión leve (de 10 a 16), depresión moderada (de 17 a 29) y depresión severa (de 30 a 63). Además posee una correlación de 0.70 con la Escala de Zung en pacientes con depresión, y de 0.65 en estudiantes de bachillerato.
7. *Escala de Gaudibilidad (EG)*. Este instrumento fue desarrollado por Padrós (2002; Padrós y Fernández, 2008) y pretende medir la gaudibilidad (capacidad para “disfrutar”). Consta de 23 ítems que se contestan en una escala de 5 puntos (de 0 a 4), tres de los cuales se califican de manera inversa (15, 19 y 22). La puntuación media para estudiantes universitarios es de 54.46 ($DE = 10.18$) y de 57.18 ($DE = 10.70$); en tanto que en población general la media es de 57.89 ($DE = 11.32$). Posee una consistencia interna de 0.8383 a 0.8589, y una confiabilidad test-retest a dos meses de 0.741. Esta escala presenta un solo factor; y tiene una correlación de -0.368 con el BDI, sugiriendo que la gaudibilidad correlaciona negativamente con los síntomas depresivos.

5.3 PROCEDIMIENTO

Para formar la muestra “A”, se asistió directamente a 11 salones de clase (6 en el turno matutino y 5 en el vespertino) de la Facultad de Psicología de la UMNSH, y se le pidió permiso a cada profesor para aplicar una serie de cuestionarios a los estudiantes que aceptaran participar en el estudio. Se aplicó de manera grupal un protocolo que contenía tanto una hoja de instrucciones como las siguientes escalas: SPIN, BFNE, EG, BAI y SIAS. La hoja de instrucciones pedía que se escribiera un código (con la intención de mantener el anonimato y de poder comparar los cuestionarios al hacerse una segunda aplicación), la edad, el sexo y el estado civil; además de que daba algunas recomendaciones generales para contestar las escalas (véase Anexo 1).

La muestra “B” se formó con los mismos 11 grupos de estudiantes, a los cuáles se les aplicó un segundo protocolo a las 6 semanas de haberseles aplicado el primero. Dicho protocolo contenía: hoja de instrucciones, SPIN, BFNE, BDI y SPS (véase Anexo 2).

Las muestras clínicas (“C” y “D”) fueron conseguidas por un psiquiatra a través de su práctica privada y de su trabajo en el IMSS (área de consulta externa de especialidades del Hospital General Regional No. 1 de Morelia, Michoacán). El procedimiento era que si los pacientes cumplían con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para fobia social o trastorno de ansiedad generalizada, se les aplicaba el SPIN (véase Anexo 3). Cabe aclarar que el psiquiatra leía cada uno de los ítems a la persona, y esta los iba contestando de manera oral.

CAPITULO 6

RESULTADOS

Todos los análisis fueron realizados por medio del programa SPSS 16.0 para Windows.

6.1 VALORES PERDIDOS

Las escalas de algunos participantes fueron eliminadas (véase Tabla 13), haciendo uso de 2 criterios:

1. Se eliminaron todas aquellas en las que el individuo dejó sin contestar uno o más ítems y/o contestó doblemente a los mismos.
2. En el caso de los cuestionarios que contaban con reactivos inversos (B-FNE, EG y SIAS), se calculó la media de los ítems directos e inversos; y si la diferencia era mayor de 2 (en el SIAS y EG) o de 3 (en el B-FNE), la escala era eliminada.

Tabla 13. Número de cuestionarios válidos y eliminados, de cada una de las escalas y muestras.

Muestra y Escala	Válidos	Eliminados
A		
SPIN	355	28
BFNE	316	67
EG	331	52
SIAS	285	98
B		
SPIN	344	23
BFNE	283	84
BDI	354	13
SPS	350	17
C		
SPIN	51	0
D		
SPIN	50	0

6.2 DATOS NORMATIVOS

La media de la puntuación total del SPIN en las muestras de estudiantes, fue de 13.20 ($DE = 8.92$) y de 12.63 ($DE = 9.48$). En tanto que la media para personas con fobia social fue de 52.39 ($DE = 4.07$), y para los individuos con ansiedad generalizada de 24.02 ($DE = 8.71$). En la Tabla 14, pueden observarse las medias, desviaciones estándar y rangos de las muestras “A”, “B”, “C” y “D”; tanto en lo que se refiere a la puntuación total del SPIN, como a sus tres subescalas (miedo, evitación, y síntomas fisiológicos).

Tabla 14. Medias, desviaciones estándar y rangos del SPIN y sus tres subescalas (de las cuatro muestras).

	A <i>(universitarios primera aplicación)</i> <i>n = 355</i>	B <i>(universitarios segunda aplicación)</i> <i>n = 344</i>	C <i>(fobia social)</i> <i>n = 51</i>	D <i>(ansiedad generalizada)</i> <i>n = 50</i>
SPIN total				
Media	13.20	12.63	52.39	24.02
Desviación estándar	8.92	9.48	4.07	8.71
Rango	0-57	0-60	45-64	11-48
SPIN miedo				
Media	4.42	4.21	18.75	8.48
Desviación estándar	3.43	3.57	1.65	3.30
Rango	0-17	0-20	15-23	2-17
SPIN evitación				
Media	5.45	5.03	22.35	8.48
Desviación estándar	4.00	4.14	1.86	4.01
Rango	0-24	0-24	18-27	2-20
SPIN fisiológico				
Media	3.32	3.38	11.29	7.06
Desviación estándar	2.68	2.73	1.35	2.44
Rango	0-16	0-16	9-14	3-11

6.3 ESTRUCTURA INTERNA

Se realizaron dos análisis factoriales exploratorios de componentes principales con rotación Varimax. El primer análisis fue llevado a cabo con las muestras “A”, “C” y “D” ($n = 456$); en donde se observó 1 solo factor con valor propio superior a uno, que explica el 61.03% de la varianza (véase Tabla 15 y Anexo 5). El segundo análisis se realizó con la muestra “B” ($n = 344$); observándose 3 factores con valores propios superiores a uno, que en conjunto explican el 55.29% de la varianza (véase Tabla 16 y Anexo 5).

Estos resultados no coinciden con la solución de 5 factores propuesta en la publicación original del SPIN (véase Anexo 4). Por lo que se procedió a solicitar en ambos análisis, la extracción de 5 factores; obteniéndose que los mismos son difíciles de interpretar y no coinciden con el estudio original (véase Anexo 5). De esta manera, no se aconseja una solución de 5 factores.

A su vez, considerando que en el análisis factorial llevado a cabo con la muestra “B”, son sugeridos 3 factores. Se procedió a solicitar la extracción de 3 factores en las muestras “A”, “C” y “D”; obteniéndose resultados diferentes (véase Anexo 5). Por lo que tomando esto en cuenta, y debido a que los factores de ambas extracciones son difíciles de interpretar, tampoco es aconsejable una solución de 3 factores.

Considerando todo lo anterior, y tomando en cuenta que en ambos análisis factoriales exploratorios, se observa un gran salto entre el primero de los factores y los demás (véase gráficas *Scree plot* del Anexo 5); se concluye –de acuerdo al criterio de parquedad– que la mejor solución es la de *un* sólo factor.

Tabla 15. Valores propios, porcentaje de varianza explicada y acumulada, de los factores del SPIN empleando las muestras “A”, “C” y “D” ($n = 456$).

Factores	Valores propios	% Varianza explicada	% Varianza acumulada
01	10.375	61.030	61.030
02	0.882	5.186	66.215
03	0.764	4.494	70.710
04	0.666	3.915	74.625
05	0.564	3.320	77.946
06	0.550	3.234	81.179
07	0.482	2.834	84.013
08	0.398	2.343	86.356
09	0.367	2.161	88.517
10	0.307	1.804	90.321
11	0.293	1.724	92.045
12	0.282	1.659	93.705
13	0.255	1.502	95.207
14	0.245	1.441	96.648
15	0.226	1.328	97.975
16	0.185	1.090	99.065
17	0.159	0.935	100.000

Tabla 16. Valores propios, porcentaje de varianza explicada y acumulada, de los factores del SPIN empleando la muestra “B” ($n = 344$).

Factores	Valores propios	% Varianza explicada	% Varianza acumulada
01	6.935	40.793	40.793
02	1.396	8.214	49.007
03	1.068	6.283	55.290
04	0.960	5.645	60.935
05	0.892	5.244	66.179
06	0.827	4.864	71.043
07	0.723	4.252	75.295
08	0.640	3.765	79.060
09	0.561	3.303	82.362
10	0.493	2.901	85.263
11	0.464	2.732	87.995
12	0.427	2.509	90.504
13	0.391	2.298	92.803
14	0.356	2.094	94.896
15	0.317	1.863	96.759
16	0.293	1.723	98.482
17	0.258	1.518	100.000

6.4 CONSISTENCIA INTERNA Y DESCRIPCIÓN DE LOS ÍTEMS

La consistencia interna se estudio en las muestras “A”, “C” y “D” ($n = 456$). El alfa de Cronbach fue de 0.959 para el total de la escala, y de 0.908, 0.910 y 0.825 para las subescalas de miedo, evitación, y síntomas fisiológicos, respectivamente.

La puntuación media para cada ítem tuvo un rango de 0.57 (ítem 3) a 1.49 (ítem 11). Los ítems que puntuaron más alto fueron el 11 y 15, y los que puntuaron menos fueron el 3 y 16. El rango de correlaciones de cada uno de los ítems con la puntuación total corregida –puntuación total sin tener en cuenta dicho ítem–, varió de 0.599 (ítem 7) a 0.840 (ítem 16). Y finalmente, se observó que ningún ítem al ser eliminado, incrementa el alfa de Cronbach de la escala total (véase Tabla 17); indicando de esta manera, que todos los reactivos son adecuados.

Tabla 17. Tomando en cuenta las muestras “A”, “C” y “D” ($n = 456$); para cada ítem se muestra su media, desviación estándar, correlación ítem-total corregida, y Alfa de Cronbach del total de la escala si dicho ítem es eliminado.

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación ítem-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
01	0.99	1.00	0.753	0.956
02	1.36	1.10	0.601	0.958
03	0.57	1.00	0.813	0.955
04	1.26	1.01	0.613	0.958
05	1.34	1.22	0.739	0.956
06	1.20	1.20	0.824	0.955
07	1.27	1.15	0.599	0.959
08	0.77	1.09	0.759	0.956
09	1.14	1.27	0.787	0.955
10	0.91	1.05	0.764	0.956
11	1.49	1.21	0.673	0.957
12	1.11	1.27	0.767	0.956
13	0.89	1.13	0.785	0.955
14	1.19	1.11	0.802	0.955
15	1.47	1.33	0.805	0.955
16	0.71	1.02	0.840	0.955
17	1.11	1.14	0.757	0.956

6.5 CONFIABILIDAD TEST-RETEST

Se utilizaron las muestras “A” y “B” ($n = 248$) para obtener la confiabilidad test-retest en un periodo de 6 semanas, realizándose correlaciones de Pearson tanto para el total de la escala como para cada una de sus subescalas. Se obtuvo una $r = 0.813$ para la escala total, $r = 0.826$ para la subescala de miedo, $r = 0.748$ para la de evitación y, $r = 0.656$ para la de síntomas fisiológicos. Cada una de las correlaciones tuvo una $p < 0.001$

6.7 VALIDEZ CONVERGENTE Y DISCRIMINANTE

Tomando en cuenta las muestras “A” y “B”, se realizaron correlaciones de Pearson para el SPIN –y sus subescalas–, con otras medidas de fobia social, ansiedad, depresión y gaudibilidad (véase Tabla 18). La correlación más alta del SPIN –total– fue con el SIAS ($r = 0.719$), seguida del SPS ($r = 0.675$), y del BFNE ($r = 0.621$); siendo que cada una de estas escalas también miden el constructo de fobia social. Por otro lado, la correlación con el BAI (ansiedad) fue de 0.430, con el BDI (depresión) de 0.397, y con el EG (gaudibilidad) de -0.372

Tabla 18. Correlaciones de Pearson entre cada una de las escalas aplicadas (muestras “A” y “B”), en paréntesis se señala el número de sujetos válidos empleados para cada correlación.

	SPIN total	SPIN miedo	SPIN evitación	SPIN fisiológico	BFNE	SIAS	SPS	BAI	BDI	EG
SPIN total	1									
SPIN miedo	0.908** (355)	1								
SPIN evitación	0.921** (355)	0.770** (355)	1							
SPIN fisiológico	0.791** (355)	0.593** (355)	0.585** (355)	1						
BFNE	0.621** (294)	0.688** (294)	0.507** (294)	0.422** (294)	1					
SIAS	0.719** (266)	0.704** (266)	0.671** (266)	0.496** (266)	0.632** (245)	1				
SPS	0.675** (247)	0.658** (247)	0.596** (247)	0.530** (247)	0.602** (222)	0.596** (202)	1			
BAI	0.430** (333)	0.429** (333)	0.341** (333)	0.371** (333)	0.418** (296)	0.354** (267)	0.563** (252)	1		
BDI	0.398** (250)	0.415** (250)	0.335** (250)	0.290** (250)	0.393** (225)	0.356** (207)	0.540** (340)	0.393** (255)	1	
EG	-0.372** (306)	-0.383** (306)	-0.345** (306)	-0.234** (306)	-0.276** (275)	-0.521** (252)	-0.349** (227)	-0.164* (310)	-0.285** (232)	1

Nota: SPIN total (puntuación total del Inventario de Fobia Social), SPIN miedo (subescala de miedo del SPIN), SPIN evitación (subescala de evitación del SPIN), SPIN fisiológico (subescala de síntomas fisiológicos del SPIN), BFNE (Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve), SIAS (Escala de Ansiedad ante la Interacción Social), SPS (Escala de Fobia Social), BAI (Inventario de Ansiedad de Beck), BDI (Inventario de Depresión de Beck), EG (Escala de Gaudibilidad).

* $p < 0.01$, ** $p < 0.001$

6.8 PODER DISCRIMINATIVO

Las personas con fobia social (muestra “C”) obtuvieron en el SPIN una puntuación media de 52.39 ($DE = 4.07$), y los individuos con trastorno de ansiedad generalizada (muestra “D”) una media de 24.02 ($DE = 8.71$).

Se realizó una prueba T de Student para muestras independientes, obteniéndose que los sujetos con fobia social puntuaron significativamente más alto que los de ansiedad generalizada ($t = 20.90$, $gl = 69.11$, $p < 0.001$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue analizar las propiedades psicométricas del Inventario de Fobia Social (SPIN), debido a la ausencia en nuestro país de un instrumento que evalúe este trastorno de ansiedad.

En los resultados se obtuvo una media del SPIN en las muestras de estudiantes universitarios, de 13.20 ($DE = 8.92$) y de 12.63 ($DE = 9.48$). Lo cuál es menor a lo reportado por Radomsky *et al.* (2006), en donde la puntuación media fue de 17.49 ($DE = 12.47$) para estudiantes universitarios canadienses de habla inglesa, y de 22.55 ($DE = 12.81$) para los de habla francesa. A su vez, estas puntuaciones de estudiantes mexicanos también fueron menores en comparación con adolescentes brasileños ($\bar{x} = 18.95$; Vilete, Coutinho y Figueira, 2004); sin embargo, se asemejaron mucho a lo encontrado en adolescentes finlandeses ($\bar{x} = 12.2$, $DE = 8.7$; Ranta *et al.*, 2007).

Con respecto a los sujetos con fobia social, la versión mexicana del SPIN arrojó una media de 52.39 ($DE = 4.07$). Esta puntuación es más alta a lo expuesto en la publicación original (Connor *et al.*, 2000) con individuos estadounidenses ($\bar{x} = 41.1$, $DE = 10.2$), así como en muestras canadienses ($\bar{x} = 44.7$, $DE = 14.8$; Antony, Coons, McCabe, Ashbaugh y Swinson, 2006), y alemanas ($\bar{x} = 36.21$, $DE = 13.61$; Susic, Gieler y Stangier, 2008).

Al observar nuestros resultados, es curioso ver que la puntuación en estudiantes universitarios es menor en comparación con otros estudios (a excepción del realizado con adolescentes finlandeses, Ranta *et al.*, 2007); y que al mismo tiempo, la media encontrada en sujetos con fobia social es mayor. Esto se pudiera explicar por el hecho de que probablemente existió algún tipo de “sesgo” en la puntuación de la prueba, ya que el psiquiatra que aplicó –oralmente– el instrumento, ya conocía de antemano que la persona padecía de este trastorno.

En lo que concierne a la estructura interna del SPIN, la publicación original (Connor *et al.*, 2000) sugiere la existencia de 5 factores. Los cuales no fueron confirmados por ninguno de los análisis factoriales que se llevaron a cabo. En cambio, nuestros resultados sugieren la solución de un único factor; lo cual concuerda con el estudio de Ranta *et al.* (2007), donde también se aconseja la solución de un sólo factor.

La consistencia interna que mostró el SPIN fue excelente ($\alpha = 0.959$), y también fue muy buena en sus tres subescalas: miedo ($\alpha = 0.908$), evitación ($\alpha = 0.910$), y síntomas fisiológicos ($\alpha = 0.825$). Esta alta consistencia interna es superior a la hallada en la publicación original para el total de la escala ($\alpha =$ de 0.87 a 0.94; Connor *et al.*, 2000); así como también con las alfas expuestas en otros estudios: 0.95 y 0.92 (Antony *et al.*, 2006), 0.95 y 0.91 (Susic *et al.*, 2008), 0.93 (Radomsky *et al.*, 2006), 0.90 (Osório, Crippa y Loureiro, 2009), 0.89 (Ranta *et al.*, 2007), y 0.88 (Vilete *et al.*, 2004).

Los ítems que puntuaron más alto fueron el 11 y 15, y los que puntuaron menos fueron el 3 y 16. Es decir que en las muestras analizadas, los individuos evitan mucho dar discursos (ítem 11), y entre sus mayores miedos están hacer el ridículo o parecer estúpido (ítem 15). En tanto que, las fiestas y acontecimientos sociales no les dan mucho miedo (ítem 3), y no evitan mucho hablar con alguien que tenga autoridad (ítem 16). Tanto en esta investigación, como en el estudio original del SPIN (Connor *et al.*, 2000), en el efectuado por Ranta *et al.* (2007), y en el llevado a cabo por Osório *et al.* (2009); el ítem que puntuó más alto fue el 11 (“evito dar discursos”). Aportándose de esta manera, evidencia a lo ya dicho por otros autores (Caraveo y Colmenares, 2000; Furmark, *et al.*, 1999; Furmark *et al.*, 2000; Furmark, 2002; Stein y Deutsch, 2003; Stein *et al.*, 2000), de que hablar en público es la situación social más temida, tanto por fóobicos sociales como por la población en general.

También se observó, que ningún ítem al ser eliminado incrementa el alfa de Cronbach de la escala total del SPIN. Esto cobra especial importancia, debido a que se empleó una versión ya traducida –en España– y se sospechaba que el ítem 17 (“temblar o presentar sacudidas delante de otros me produce malestar”) no era muy apropiado, debido a que la palabra “sacudidas” es algo ambigua y difícil de interpretar. Pero de acuerdo a los resultados, todos los ítems parecen ser adecuados (incluido el 17).

El SPIN presentó una buena confiabilidad test-retest ($r = 0.813$) en un periodo de 6 semanas, y sus subescalas tuvieron correlaciones de 0.826 (miedo), 0.748 (evitación) y 0.656 (síntomas fisiológicos). Esto coincide con la buena confiabilidad test-retest presentada en el estudio original para el total de la escala ($r = 0.89$ y 0.78 ; Connor *et al.*, 2000); así como en lo expuesto por Antony *et al.* (2006; $r = 0.86$, de 1 a 3 semanas), Radomsky *et al.* (2006; $r = 0.86$ y 0.79), y Ranta *et al.* (2007; $r = 0.81$, a 5 semanas).

Se correlacionó el SPIN, con otras medidas. Y la correlaciones más elevadas que tuvo fue precisamente con las que también miden fobia social (SIAS, $r = 0.719$; SPS, $r = 0.675$; B-FNE, $r = 0.621$), lo cuál aporta evidencia de una adecuada validez convergente. A su vez, como era de esperarse, tuvo correlaciones más bajas con otras escalas que miden constructos diferentes –validez discriminante–. De estas escalas la correlación más elevada fue con el BAI ($r = 0.430$) que mide ansiedad en general, lo cuál es entendible, al ser la fobia social un trastorno de ansiedad. Después siguió una $r = 0.398$ con el BDI que evalúa depresión, posiblemente debido a la alta comorbilidad existente entre la fobia social y la depresión (Acarturk *et al.*, 2008; Chartier *et al.*, 2003). Finalmente, se observó una $r = -0.372$ con el EG, indicando de esta manera una correlación negativa entre la fobia social y la capacidad del individuo para “disfrutar” (gaudibilidad).

En otros estudios (Antony *et al.*, 2006; Radomsky *et al.*, 2006; Sosic *et al.*, 2008), el SPIN también ha tenido correlaciones altas con el SIAS (de 0.60 a 0.80) y con el SPS (de 0.71 a 0.80); a su vez que correlaciones moderadas con el BDI (de 0.38 a 0.51). Mostrando así, una adecuada validez convergente y discriminante.

Por otro lado, los sujetos con fobia social puntuaron significativamente más alto en el SPIN, que los de ansiedad generalizada ($t = 20.90$, $gl = 69.11$, $p < 0.001$). Sugiriendo de esta manera, que la escala es capaz de diferenciar entre estos dos trastornos. Acorde con esto, en el estudio de Antony *et al.* (2006), el SPIN también fue

capaz de diferenciar la fobia social, del trastorno de pánico con agorafobia y del trastorno obsesivo-compulsivo.

De esta manera, tomando en cuenta los resultados obtenidos, se puede concluir que la versión mexicana del SPIN es una medida válida y confiable para la evaluación de la fobia social.

Para finalizar, mencionaremos algunas de las limitaciones de nuestra investigación. Antes que nada, un punto débil del estudio consiste en que nosotros *no* llevamos a cabo la traducción del instrumento, sino que empleamos una versión traducida en España (disponible en García-Portilla, 2008). Por lo que no tenemos seguridad de que la redacción de los reactivos este adaptada a la cultura mexicana; sin embargo, parece ser que todos los ítems son bastante claros (a excepción del 17, donde aparece el término “sacudidas”). Otra limitación consiste en que las muestras de estudiantes universitarios, estuvieron formadas en su mayoría por mujeres. Además, hubiera sido conveniente contar con una muestra de población general –para así tener personas de todas las edades–, así como un grupo control de sujetos sanos –para hacer comparaciones con las muestras clínicas–. También sería bueno establecer puntos de corte, que diferenciaran a los sujetos que padecen fobia social de los que no. Y por último, sería interesante evaluar la sensibilidad de la escala al cambio terapéutico.

REFERENCIAS

- Acarturk, C., Ron de Graaf, 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. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 273-279.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed. texto revisado, DSM-IV-TR). Washington, DC: Autor.
- 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.
- Aron, A. y Aron, E. (2001). *Estadística para psicología*. Argentina: Prentice Hall.
- Bados, A. (2001). *Fobia Social*. España: Síntesis.
- Bados, A. (2002). *Tratando Pánico y Agorafobia*. España: Pirámide.
- Baker, S. R. y Edelman, R. J. (2002). Is social phobia related to lack of social skills? Duration of skill-related behaviours and ratings of behavioural adequacy. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 243-257.
- Balluerka, N., Gorostiaga, A., Alonso-Arbiol, I. y Haranburu, M. (2007). La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: una perspectiva práctica. *Psicothema*, 19(1), 124-133.
- Baños, R. M., Botella, C., Guillén, V. y Benedito, M. (2003). Fobia Social: Comorbilidad y diagnóstico diferencial. En C. Botella, R. M. Baños y C. Perpiña (Eds.), *Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (p. 37-63). España: Paidós.
- Baños, R. M., Quero, S., y Botella, C. (2005). Sesgos atencionales en la fobia social medidos mediante dos formatos de la tarea Stroop emocional (de tarjetas y computerizado) y papel mediador de distintas variables clínicas. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 23-42.
- Barlow, D. (2003). The nature and development of anxiety and its disorders: Triple vulnerability theory. *Eye on Psi Chi*, 7(2). Disponible en: http://www.psichi.org/pubs/articles/article_340.asp
- Barlow, D. H. y Durand V. M. (2001a). Evaluación clínica y diagnóstico. En D. H. Barlow y V. M. Durand, *Psicología Anormal: un enfoque integral* (p. 72-101). México: Thomson.
- Barlow, D. H. y Durand V. M. (2001b). Trastornos de Ansiedad. En D. H. Barlow y V. M. Durand, *Psicología Anormal: un enfoque integral* (p. 127-174). México: Thomson.

Becerra-García, A. M., Madalena, A. C., Estanislao, C., Rodríguez-Rico, J. L. y Dias, H. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 75-81.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S., (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. España: Paidós.

Benjet, C. Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155-163.

Bienvenu, O. J., Hettema, J. M., Neale, M. C., Prescott, C. A. y Kendler, K. S. (2007). Low extraversion and high neuroticism as indices of genetic and environmental risk for social phobia, agoraphobia, and animal phobia. *The American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1714-1721.

Bornas, X. y Tortella, M. (1998). Conceptualización, evaluación y tratamiento cognitivo-conductual. En Cervera E. S., Roca B. M. y Bobes G. J. (Eds.), *Fobia Social* (p. 245-?). España: Masson.

Botella, C., Baños, R. M. y Perpiña, C. (2003a). *Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. España: Paidós.

Botella, C., Perpiña, C., Baños, R. M. y García-Palacios, A. (2003b). Algunas explicaciones actuales sobre la fobia social. En C. Botella, R. M. Baños y C. Perpiña (Eds.), *Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (p. 65-85). España: Paidós.

Burns, D. D. (2006). *Adiós, ansiedad: Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico*. México: Paidós.

Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo XXI.

Caballo, V. E. (2008, marzo). *Evaluación y tratamiento de la ansiedad/fobia social*. Documento presentado en el I Congreso Internacional de Psicología organizado por la Universidad Latina de América, Morelia, Michoacán, México.

Caballo, V. E., Irurtia, M. J., López-Gollonet, C. y Olivares, J. (2005). Evaluación de la fobia social en la infancia, la adolescencia y la edad adulta. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (p. 447-474). España: Pirámide.

Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Irurtia, M. J., y Rosa, A. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 11(3), 539-562.

Caraveo, J. y Colmenares, E. (2000). Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(5), 10-19.

- Chartier, M. J., Walker, J. R. y Stein, M. B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38, 728-734.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., y Malcarne, V. L. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(6), 585-598.
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. En W. R. Crozier y L. E. Alden (Eds.), *International Handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (p. 405-430). Londres: John Wiley & Sons.
- Cohen, R. J. y Swerdlik, M. E. (2001). *Pruebas y evaluación psicológicas*. México: McGraw-Hill.
- 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). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Connor, K.M., Kobak, K. A., Churchill. L. E., Katzelnick, D. y Davidson, J. R. T. (2001). Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 14, 137-140.
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: Manual Moderno.
- Cox, B. J., Pagura, J., Stein, M. B. y Sareen J. (2009). The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a nacional mental health survey. *Depression and Anxiety*, 26(4), 354-362.
- Craske, M. G., Hermans, D. y Vansteenwegen, D. (2008a). *Miedos y fobias: de los procesos básicos a las implicaciones clínicas*. México: Manual Moderno.
- Craske, M. G., Vansteenwegen, D. y Hermans, D. (2008b). Factores etiológicos de los miedos y las fobias. En M. G. Craske, D. Hermans y Vansteenwegen (Eds.), *Miedos y fobias: de los procesos básicos a las implicaciones clínicas* (p. 3-14). México: Manual Moderno.
- D'Argembeau, A., Van der Linden, M., d'Acremont, M. y Mayers, I. (2006). Phenomenal characteristics of autobiographical memories for social and non-social events in social phobia. *Memory*, 14(5), 637-647.
- Davidson, J. R. T., Potts, N. L. S., Richichi, E. A., Krishnan, R., Ford, S. M., Smith, R. D. y Wilson, W. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 48-51.
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV) –Lifetime version-*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Eastwood, J. D., Smilek, D., Oakman, J. M., Farvolden, P., van Ameringen, M., Mancini C., y Merikle, P. M. (2005). Individuals with social phobia are biased to become aware of negative faces. *Visual Cognition*, 12(1), 159-179.

Echeburúa, E. (1992). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. España: Pirámide.

Edelmann, R. J. y Baker, S. R. (2002). Self-reported and actual physiological response in social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 1-14.

Eelen, P. y Vervliet, B. (2008). Condicionamiento del miedo e implicaciones clínicas: ¿Qué podemos aprender del pasado?. En M. G. Craske, D. Hermans y Vansteenwegen (Eds.), *Miedos y fobias: de los procesos básicos a las implicaciones clínicas* (p. 17-36). México: Manual Moderno.

Ellis, A. (2000). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. España: Paidós.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

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., Stattin, H., Ekselius, L. y Fredrikson, M. (2000). Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. *Psychological Medicine*, 30(6), 1335-1344.

Gallego, M. J., Botella, C., Quero, S., Baños, R. y García-Palacios, A. (2007). Propiedades psicométricas de la escala de miedo a la evaluación negativa versión breve (BFNE) en muestra clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(3), 163-176.

García-López, L. J., Olivare, J. y Vera-Villarroel (2003). Fobia social: Revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 151-160.

García-Portilla, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P. A., Parellada, M., Bousoño, M. y Bobes, J. (2008). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. España: Ars Medica.

Gerlach, A. L., Mourlane, D. y Rist, F. (2004). Public and private heart rate feedback in social phobia: a manipulation of anxiety visibility. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(1), 36-45.

- Girodo, M. (1980). *Cómo vencer la timidez*. España: Mitos.
- Glass, C. R., Merluzzi, T. V., Biever, J. L. y Larsen, K. H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55.
- Greenberger, D. y Padesky, C. A. (1998). *El control de tú estado de ánimo: Manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios*. España: Paidós.
- Hambleton, R.K. y Patsula, L. (1999). Increasing the validity of adapted tests: Myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices. *Journal of Applied Testing Technology*, 1(1). Disponible en: <http://www.testpublishers.org/journal1.htm>
- Heiser, N. A., Turner, S. M. y Beidel, D. C. (2003). Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41(2), 209-221.
- Heiser, N. A., Turner, S. M., Beidel, D. C. y Roberson-Nay, R. (2009). Differentiating social phobia from shyness. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4), 469-476.
- Hermans, D. Vantseenwegen, D. y Craske, M. G. (2008). Miedos y fobias: Debates, investigaciones futuras e implicaciones clínicas. En M. G. Craske, D. Hermans y Vansteenwegen (Eds.), *Miedos y fobias: de los procesos básicos a las implicaciones clínicas* (p. 257-264). México: Manual Moderno.
- Hogan, T. P. (2004). *Pruebas Psicológicas: Una introducción práctica*. México: Manual Moderno
- Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G. y Karterud S. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 348-356.
- Igier, V. y Mullet, E. (2003). Application of the five-factor model of personality to intergenerational perception. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B(3), 177-186.
- Jiménez, L., González, M., Bascarán, M., Iglesias, C. y Bobes, J. (1999). Manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial del trastorno por ansiedad social. En J. Bobes, M. González, P. Sainz y M. Bousoño (Eds.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (p. 27-34). Barcelona: Psiquiatría Médica.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kazdin, A. E. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca.

- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Lega, L. I., Caballo, V. E. y Ellis, A. (1998). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. México: Siglo XXI.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Lipsitz, J. D. y Schneier, F. R. (2000). Social Phobia: Epidemiology and Cost of Illness. *Pharmacoeconomics*, 18(1), 23-32.
- Lundh, L. G. y Öst, L. G. (2001). Attentional bias, self-consciousness and perfectionism in social phobia before and after cognitive-behaviour therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(1), 4-16.
- Massion, A. O., Dyck, I. R., Shea, M. T., Phillips, K. A., Warshaw, M. G. y Keller, M. B. (2002). Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 434-440.
- Mattick, R. P. y Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fears and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Mauss I. B., Wilhelm, F. H. y Gross J. J. (2004). Is there less to social anxiety than meets the eye? Emotion experience, expression, and bodily responding. *Cognition and Emotion*, 18(5), 631-662.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Mineka, S. y Sutton, J. (2008). Teoría contemporánea del aprendizaje: Perspectivas en la etiología de miedos y fobias. En M. G. Craske, D. Hermans y Vansteenwegen (Eds.), *Miedos y fobias: de los procesos básicos a las implicaciones clínicas* (p. 79-104). México: Manual Moderno.
- Morales, M. L. (2002). *Psicometría aplicada*. México: Trillas.
- Morris, C. y Maisto, A. (2001). *Introducción a la Psicología*. México: Prentice Hall.
- Moscovitch, D. A., Orr, E., Rowa, K., Gehring, S. y Antony, M. M. (2009). In the absence of rose-colored glasses: Ratings of self-attributes and their differential certainty and importance across multiple dimensions in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 47(1), 66-70.
- Muñiz, J. (1998). La medición de lo psicológico. *Psicothema*, 10, 1-21.

Muñiz, J. y Hambleton, R. K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del psicólogo*, No. 66.

Nietzel, M. T., Bernstein, D. A. y Russell, R. L. (1993). Evaluación de la ansiedad y el miedo. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Manual práctico de evaluación de conducta* (p. 310-342). España: Desclée de Brouwer.

Nunnally, J. C (1991). *Teoría psicométrica*. México: Trillas.

Nutt, D. y Ballenger, J. (2005). *Anxiety Disorders: Panic Disorder and Social Anxiety Disorder*. Oxford: Blackwell Publishing.

Nutt, D. y Ballenger, J. (2005). Social Anxiety Disorder. En D. Nutt y J. Ballenger, *Anxiety Disorders: Panic Disorder and Social Anxiety Disorder* (p. 195-274). Oxford: Blackwell Publishing.

Olivares, J., Caballo, V. E., García-López, L. J., Rosa, A. I. y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11(3), 405-427.

Orsillo, S. M. (2001). Measures for social phobia. En M. M. Anthony, S. M. Orsillo y L. Roemer, *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Anxiety* (p. 165-187). Nueva York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.

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(1), 25-29.

Padrós, F. (2002). *Disfrute y bienestar subjetivo: Un estudio psicométrico de la Gaudibilidad*. Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona, España. Disponible en: <http://www.tdx.cat/TDX-0602103-202656>

Padrós, F. y Fernández-Castro, J. (2008). A proposal to measure a modulator of the experientia of enjoyment: The gaudiebility scale. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(3), 413-430.

Perpiña, C., Gallardo, M., Botella, C. y Villa, H. (2003). La evaluación de la fobia social. En C. Botella, R. M. Baños y C. Perpiña (Eds.), *Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (p. 119-150). España: Paidós.

Quero, S., Baños, R. M., Botella, C. y Gallardo, M. (2003). Delimitación de subtipos clínicos en la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 429-458.

Quinn, J. J. y Fanselow, M. S. (2008). Defensas y recuerdos: circuito neuronal funcional del miedo y respuesta condicionada. En M. G. Craske, D. Hermans y Vansteenwegen (Eds.), *Miedos y fobias: de los procesos básicos a las implicaciones clínicas* (p. 57-78). México: Manual Moderno.

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(4), 354-360.

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 adolescent: The social phobia inventory (SPIN) as a measure. *Psychiatry Research*, 153, (261-270).

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. *The American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1722-1728.

Robles, R. y Páez, F. (2007). Psicoterapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad. En N. A. Hernández y J. Sánchez (Eds.), *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud* (p. 231-294). Libros en Red (www.librosenred.com)

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Javans, J., Weiller, E., Bonora, L. I. et al. (1997). Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12, 232-241.

Simon, N. M., Otto, M. W., Korbly, N. B., Peters, P. M., Nicolaou, D. C., Pollack, M. H. (2002). Quality of life in social anxiety disorder compared with panic disorder and the general population. *Psychiatric Services*, 53(6), 714-718.

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.

Spector, I. P., Pecknold, J. C. y Libman, E. (2003). Selective attentional bias related to the noticeability aspect of anxiety symptoms in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 517-531.

Spokas, M. E., Rodebaugh, T. L. y Heimberg, R. G. (2007). Cognitive biases in social phobia. *Psychiatry*, 6(5), 204-210.

Stangier, U., Heidenreich, T. y Schermelleh-Engel, K. (2006). Safety behaviors and social performance in patients with generalized social phobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20(1), 17-31.

Stein, M. B. y Deutsch, R. (2003). In search of social phobia subtypes: Similarity of feared social situations. *Depression and Anxiety*, 17(2), 94-97.

- Stein, M. B. y Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125.
- Stein, M. B., Torgrud, L. J. y Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community survey. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 1046-1052.
- Tillfors, M., Furmark, T., Ekselius, L. y Fredrikson, M. (2004). Social phobia and avoidant personality disorder: One spectrum disorder?. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 147-152.
- Torgrud, L. J., Walker, J. R., Murray, L., Cox, B. J., Chartier, M. y Kjernisted, K. D. (2004). Deficits in perceived social support associated with generalized social phobia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(2), 87-96.
- 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 and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1(1), 35-40.
- Vilete, L. M., Coutinho, E. S. y Figueira, I. L. (2004). Confiabilidade da versão em Português do Inventário de Fobia Social (SPIN) entre adolescentes estudantes do Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 20(1), 89-99.
- Vriends, N., Becker, E. S., Meyer, A., Michael T. y Margraf, J. (2007). Subtypes of social phobia: Are they of any use?. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 59-75.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Wenzel A. y Cochran C. K. (2006). Autobiographical memories prompted by automatic thoughts in panic disorder and social phobia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(3), 129-137.
- Westberg, P., Lundh, L. G. y Jönsson, P. (2007). Implicit associations and social anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(1), 43-51.
- Wittchen, H. U. y Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (Suppl. 417), 4-18.
- Zubeidat, I. (2005). *Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes*. Tesis de doctorado, Universidad de Granada, España. Disponible en: http://adrastea.ugr.es/record=b1546771*spl
- Zubeidat, I., Fernández, A., Sierra, J. C. (2006). Ansiedad y fobia social: Revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Terapia Psicológica*, 24(1), 71-86.

ANEXO 1

**Escalas utilizadas con la muestra “A”
(estudiantes universitarios, primera aplicación)**

INSTRUCCIONES

Con los objetivos de preservar tu anonimato y de comparar estos cuestionarios junto con otros que se te van aplicar en unas cuantas semanas, a continuación debes escribir un *código*; el cual es formado con la última letra del primer nombre, la última del apellido paterno, la última del apellido materno, tu día de nacimiento y tu mes de nacimiento.

Ejemplo: Juann Pedro Martínezz Ayalaa, nacido el 05 de Diciembre (12), el código sería: **N Z A 0 5 1 2**

1. CÓDIGO: ____ _

2. EDAD: _____

3. SEXO: *Hombre* ____ *Mujer* ____

4. ESTADO CIVIL: _____

A continuación vas a encontrar una serie de cuestionarios, cada uno de los cuales tiene sus propias instrucciones, por lo que procura leerlas con cuidado. Lo que nos interesa es el conjunto de respuestas de *todos* los participantes, no las respuestas de alguna persona en específico.

Por favor contesta lo más honestamente posible, trata de hacerlo con rapidez y de no analizar demasiado tus respuestas, ya que la primera suele ser la más acertada. **ASEGURATE DE NO DEJAR NADA SIN CONTESTAR**, y sí tienes alguna duda consulta al asistente.

¡ COMENCAMOS !

SPIN

Instrucciones: Por favor, señale cuánto le han molestado los siguientes problemas durante la última semana. Marque solo una casilla por cada problema y asegúrese de contestar a todos los ítems.

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremo
1. Tengo miedo a las personas con autoridad					
2. Me molesta ruborizarme delante de la gente					
3. Las fiestas y acontecimientos sociales me dan miedo					
4. Evito hablar con desconocidos					
5. Me da mucho miedo ser criticado					
6. Por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente					
7. Sudar en público me produce malestar					
8. Evito ir a fiestas					
9. Evito actividades en las que soy el centro de atención					
10. Hablar con extraños me atemoriza					
11. Evito dar discursos					
12. Haría cualquier cosa para evitar ser criticado					
13. Me dan miedo las palpitaciones cuando estoy con gente					
14. Temo hacer las cosas cuando la gente puede estar mirándome					
15. Entre mis mayores miedos están hacer el ridículo o parecer estúpido					
16. Evito hablar con cualquiera que tenga autoridad					
17. Temblar o presentar sacudidas delante de otros me produce malestar					

BFNE

Instrucciones: Por favor, lea detenidamente cada una de las siguientes frases e indique el grado en que le caracterizan de acuerdo con la siguiente escala:

- 1 = NADA característico en mí
- 2 = LIGERAMENTE característico en mí
- 3 = MODERADAMENTE característico en mí
- 4 = MUY característico en mí
- 5 = EXTREMADAMENTE característico en mí

1. Me preocupa lo que la gente pensará de mí, incluso cuando sé que no tiene importancia	1	2	3	4	5
2. No me preocupo incluso cuando sé que la gente se está formando una impresión desfavorable de mí	1	2	3	4	5
3. Frecuentemente temo que otras personas se den cuenta de mis limitaciones	1	2	3	4	5
4. Raramente me preocupo de la impresión que estoy causando en los demás	1	2	3	4	5
5. Temo que los demás no me aprueben	1	2	3	4	5
6. Me da miedo que la gente descubra mis defectos	1	2	3	4	5
7. Las opiniones de los demás sobre mí no me molestan	1	2	3	4	5
8. Cuando estoy hablando con alguien me preocupa lo que pueda estar pensando de mí	1	2	3	4	5
9. Generalmente me preocupo por la impresión que pueda causar	1	2	3	4	5
10. Si sé que alguien me está juzgando, eso tiene poco efecto sobre mí	1	2	3	4	5
11. A veces pienso que estoy demasiado preocupado por lo que otras personas piensan de mí	1	2	3	4	5
12. A menudo me preocupa decir o hacer cosas equivocadas	1	2	3	4	5

EGP

Instrucciones: Esta escala está diseñada para conocer su opinión y las situaciones en que usted experimenta sensación de disfrute. Por favor, conteste marcando una cruz (x) a cada cuestión. Su respuesta ha de indicar el grado de acuerdo respecto a cada afirmación, no lo que cree que debería ser o lo que desearía. Por ello conteste con rapidez y no analice demasiado sus respuestas, ya que la primera suele ser la más acertada. Intente responder a todas las cuestiones y no dejarse ninguna.

	Nada de acuerdo 0	No muy de acuerdo 1	Ligeramente de acuerdo 2	Bastante de acuerdo 3	Totalmente de acuerdo 4
1 Tengo mucho sentido del humor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 En la vida cotidiana, a menudo hay situaciones o cosas que me hacen gracia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Soy una persona muy imaginativa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Si me lo propongo, me imagino las cosas con mucho detalle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Con pocos datos soy capaz de imaginar todo un mundo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Normalmente me concentro con facilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Si me lo propongo, soy capaz de encontrar interés en cualquier actividad que realice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Intento actuar siempre de tal manera que las cosas me interesen al máximo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Si me lo propongo creo que soy capaz, en la mayoría de ocasiones de disfrutar de una situación grupal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Creo que con la mayoría de la gente te lo puedes pasar bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Soy capaz de pasarlo muy bien contemplando un paisaje o a la gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 En situaciones de espera, cuando estoy solo, intento y muchas veces consigo que se me haga gratificante el rato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Me organizo el tiempo de ocio que tengo para mí solo de forma que disfrute al máximo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Creo que seré capaz de disfrutar mucho en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 No vale la pena proponerse disfrutar mucho en el futuro, porque no es útil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Acostumbro a proyectar el futuro para disfrutar al máximo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Normalmente, acostumbro a fijarme más en los aspectos positivos de las cosas que en los negativos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Creo que podría disfrutar incluso si me faltaran muchas de las cosas tradicionalmente buenas de la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Ante los problemas cotidianos soy incapaz de disfrutar de ningún aspecto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Si me lo propongo soy capaz de disfrutar de una situación aparentemente aburrida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Soy capaz de organizarme la vida para disfrutar al máximo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Normalmente no tengo presente en mis pensamientos que es muy importante disfrutar cada momento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Gobierno mi vida de forma que disfrute al máximo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BAI

Instrucciones: A continuación se encuentra una lista de síntomas característicos de la ansiedad. Por favor lea cuidadosamente cada uno de ellos e indique con una cruz, en el espacio en blanco, el grado en que le han molestado durante LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DIA DE HOY.

	NADA	LIGERAMENTE sin molestia significativa	MODERADAMENTE muy desagradable pero soportable	SEVERAMENTE casi insoportable
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Oleadas de calor o bochornos				
3. Debilidad y temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarme				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Palpitaciones o aceleración cardiaca				
8. Falta de equilibrio				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblor de manos				
13. Agitación				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o molestias abdominales				
19. Desmayos				
20. Enrojecimiento de la cara				
21. Sudoración (no por calor)				

SIAS

Instrucciones: Por favor, lea detenidamente cada una de las siguientes frases e indique el grado en el que corresponden con su forma de ser, de acuerdo con la siguiente escala:

- 0 = No se corresponde NADA con mi forma de ser
- 1 = Se corresponde LIGERAMENTE con mi forma de ser
- 2 = Se corresponde MODERADAMENTE con mi forma de ser
- 3 = Se corresponde MUCHO con mi forma de ser
- 4 = Se corresponde TOTALMENTE con mi forma de ser

1. Me pongo nervioso si tengo que hablar con una figura de autoridad (profesor, jefe, etc.)	0	1	2	3	4
2. Me cuesta trabajo mirar a los ojos a otras personas	0	1	2	3	4
3. Me pongo tenso si tengo que hablar sobre mí mismo o mis sentimientos	0	1	2	3	4
4. Me cuesta trabajo relacionarme cómodamente con la gente que trabajo	0	1	2	3	4
5. Encuentro fácil hacer amigos de mi edad	0	1	2	3	4
6. Me pongo tenso si me encuentro a alguien conocido en la calle	0	1	2	3	4
7. Cuando me relaciono socialmente, me encuentro incómodo	0	1	2	3	4
8. Me siento tenso si estoy con una sola persona	0	1	2	3	4
9. Me encuentro relajado cuando encuentro a gente en las fiestas, etc.	0	1	2	3	4
10. Me cuesta trabajo hablar con otras personas	0	1	2	3	4
11. Me es fácil pensar en cosas de las que hablar	0	1	2	3	4
12. Me preocupa decir lo que pienso por si parezco torpe	0	1	2	3	4
13. Me cuesta trabajo expresar que discrepo del punto de vista de otra persona	0	1	2	3	4
14. Me cuesta trabajo hablar con una persona atractiva del sexo opuesto	0	1	2	3	4
15. Me preocupa no saber que decir en las situaciones sociales	0	1	2	3	4
16. Me pongo nervioso cuando tengo que relacionarme con personas que no conozco bien	0	1	2	3	4
17. Presiento que voy a meter la pata cuando estoy hablando	0	1	2	3	4
18. Me preocupa que me ignoren cuando estoy en un grupo	0	1	2	3	4
19. Estoy tenso cuando estoy en un grupo	0	1	2	3	4
20. Cuando me encuentro con alguien que sólo conozco ligeramente no estoy seguro de si debo saludarlo	0	1	2	3	4

ANEXO 2

**Escalas utilizadas con la muestra “B”
(estudiantes universitarios, segunda aplicación)**

INSTRUCCIONES

Con los objetivos de seguir preservando tu anonimato y de poder comparar estos cuestionarios junto con los que ya se te aplicaron hace algunas semanas, te pedimos que vuelvas a anotar el *código* que escribiste la vez pasada. Te recordamos que este código es formado con la última letra del primer nombre, la última del apellido paterno, la última del apellido materno, tu día de nacimiento y tu mes de nacimiento.

Ejemplo: Juann Pedro Martínezz Ayalaa, nacido el 05 de Diciembre (12), el código sería: N Z A 05 12

1. CÓDIGO: ____ _

2. EDAD: _____

3. SEXO: *Hombre* ____ *Mujer* ____

4. ESTADO CIVIL: _____

A continuación vas a encontrar una serie de cuestionarios, cada uno de los cuales tiene sus propias instrucciones, por lo que procura leerlas con cuidado. Lo que nos interesa es el conjunto de respuestas de *todos* los participantes, no las respuestas de alguna persona en específico.

Por favor contesta lo más honestamente posible, trata de hacerlo con rapidez y de no analizar demasiado tus respuestas, ya que la primera suele ser la más acertada. ASEGURATE DE NO DEJAR NADA SIN CONTESTAR, y sí tienes alguna duda consulta al asistente.

¡ COMENCEMOS !

SPIN

Instrucciones: Por favor, señale cuánto le han molestado los siguientes problemas durante la última semana. Marque solo una casilla por cada problema y asegúrese de contestar a todos los ítems.

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremo
1. Tengo miedo a las personas con autoridad					
2. Me molesta ruborizarme delante de la gente					
3. Las fiestas y acontecimientos sociales me dan miedo					
4. Evito hablar con desconocidos					
5. Me da mucho miedo ser criticado					
6. Por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente					
7. Sudar en público me produce malestar					
8. Evito ir a fiestas					
9. Evito actividades en las que soy el centro de atención					
10. Hablar con extraños me atemoriza					
11. Evito dar discursos					
12. Haría cualquier cosa para evitar ser criticado					
13. Me dan miedo las palpitaciones cuando estoy con gente					
14. Temo hacer las cosas cuando la gente puede estar mirándome					
15. Entre mis mayores miedos están hacer el ridículo o parecer estúpido					
16. Evito hablar con cualquiera que tenga autoridad					
17. Temblar o presentar sacudidas delante de otros me produce malestar					

BFNE

Instrucciones: Por favor, lea detenidamente cada una de las siguientes frases e indique el grado en que le caracterizan de acuerdo con la siguiente escala:

- 1 = NADA característico en mí
- 2 = LIGERAMENTE característico en mí
- 3 = MODERADAMENTE característico en mí
- 4 = MUY característico en mí
- 5 = EXTREMADAMENTE característico en mí

1. Me preocupa lo que la gente pensará de mí, incluso cuando sé que no tiene importancia	1	2	3	4	5
2. No me preocupo incluso cuando sé que la gente se está formando una impresión desfavorable de mí	1	2	3	4	5
3. Frecuentemente temo que otras personas se den cuenta de mis limitaciones	1	2	3	4	5
4. Raramente me preocupo de la impresión que estoy causando en los demás	1	2	3	4	5
5. Temo que los demás no me aprueben	1	2	3	4	5
6. Me da miedo que la gente descubra mis defectos	1	2	3	4	5
7. Las opiniones de los demás sobre mí no me molestan	1	2	3	4	5
8. Cuando estoy hablando con alguien me preocupa lo que pueda estar pensando de mí	1	2	3	4	5
9. Generalmente me preocupo por la impresión que pueda causar	1	2	3	4	5
10. Si sé que alguien me está juzgando, eso tiene poco efecto sobre mí	1	2	3	4	5
11. A veces pienso que estoy demasiado preocupado por lo que otras personas piensan de mí	1	2	3	4	5
12. A menudo me preocupa decir o hacer cosas equivocadas	1	2	3	4	5

BDI

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- 1** 0. Yo no me siento triste
 1. Me siento triste
 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

- 2** 0. En general no me siento descorazonado por el futuro
 1. Me siento descorazonado por mi futuro
 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro
 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

- 3** 0. Yo no me siento como un fracasado
 1. Siento que he fracasado más que las personas en general
 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
 3. Siento que soy un completo fracaso como persona

- 4** 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo

- 5** 0. En realidad yo no me siento culpable
 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo
 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo
 3. Me siento culpable todo el tiempo

- 6** 0. Yo no me siento que esté siendo castigado
 1. Siento que podría ser castigado
 2. Espero ser castigado
 3. Siento que he sido castigado

- 7** 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo
 1. Estoy desilusionado de mí mismo
 2. Estoy disgustado conmigo mismo
 3. Me odio

- 8** 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas
 1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede

- 9** 0. Yo no tengo pensamientos suicidas
 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
 2. Me gustaría suicidarme
 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad

- 10** 0. Yo no lloro más de lo usual
 1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
 2. Actualmente lloro todo el tiempo
 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

- 11** 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes
2. Me siento irritado todo el tiempo
3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
- 12** 0. Yo no he perdido el interés en la gente
1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
2. He perdido en gran medida el interés en la gente
3. He perdido todo el interés en la gente
- 13** 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
1. Pospongo tomar decisiones más que antes
2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
3. Ya no puedo tomar decisiones
- 14** 0. Yo no siento que me vea peor de como me veía
1. Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)
3. Creo que me veo feo(a)
- 15** 0. Puedo trabajar tan bien como antes
1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
2. Tengo que obligarme para hacer algo
3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
- 16** 0. Puedo dormir tan bien como antes
1. Ya no duermo tan bien como solía hacerla
2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
- 17** 0. Yo no me canso más de lo habitual
1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
2. Con cualquier cosa que haga me canso
3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
- 18** 0. Mi apetito no es peor de lo habitual
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
2. Mi apetito está muy mal ahora
3. No tengo apetito de nada
- 19** 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente
1. He perdido más de dos kilogramos
2. He perdido más de cinco kilogramos
3. He perdido más de ocho kilogramos
- *A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
Sí _____ No _____
- 20** 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
- 21** 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
3. He perdido completamente el interés por el sexo

SPS

Instrucciones: Por favor, lea detenidamente cada una de las siguientes frases e indique el grado en el que corresponden con su forma de ser, de acuerdo con la siguiente escala:

- 0 = No se corresponde NADA con mi forma de ser
- 1 = Se corresponde LIGERAMENTE con mi forma de ser
- 2 = Se corresponde MODERADAMENTE con mi forma de ser
- 3 = Se corresponde MUCHO con mi forma de ser
- 4 = Se corresponde TOTALMENTE con mi forma de ser

1. Me siento inquieto si tengo que escribir delante de otras personas	0	1	2	3	4
2. Me siento cohibido cuando he de utilizar los baños públicos	0	1	2	3	4
3. Puedo darme cuenta de repente de mi propia voz y de que los demás están escuchándome	0	1	2	3	4
4. Me pone nervioso que los demás me miren cuando camino por la calle	0	1	2	3	4
5. Tengo miedo a poder ponerme rojo cuando estoy con otros	0	1	2	3	4
6. Me siento cohibido si tengo que entrar en una habitación donde los demás ya están sentados	0	1	2	3	4
7. Me preocupa poder temblar cuando soy mirado por otros	0	1	2	3	4
8. Me pondría nervioso si tuviera que sentarme enfrente de otras personas en el autobús o en el tren	0	1	2	3	4
9. Me da pánico que los demás puedan verme mareado, enfermo o con sensación de desmayo	0	1	2	3	4
10. Me resulta difícil beber algo si estoy con un grupo de gente	0	1	2	3	4
11. Me sentiría turbado si tuviera que comer delante de un extraño en un restaurante	0	1	2	3	4
12. Me preocupa que los demás piensen que mi comportamiento es raro	0	1	2	3	4
13. Me pondría nervioso si tuviera que llevar una bandeja a través de una cafetería llena de gente	0	1	2	3	4
14. Me preocupa poder perder el control de mí mismo delante de otras personas	0	1	2	3	4
15. Me preocupa que pueda hacer algo que atraiga la atención de los demás	0	1	2	3	4
16. Cuando estoy en un ascensor, me pongo nervioso si la gente me mira	0	1	2	3	4
17. Siento que llamo la atención cuando estoy en una cola	0	1	2	3	4
18. Me pongo nervioso cuando hablo delante de otras personas	0	1	2	3	4
19. Me preocupa que mí cabeza tiemble o asienta delante de los demás	0	1	2	3	4
20. Me siento torpe y tenso si sé que los demás me están mirando	0	1	2	3	4

ANEXO 3

Escala utilizada con las muestras “C” y “D”

(personas con fobia social y con trastorno de ansiedad generalizada)

Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Último grado de estudios: _____ Fecha: _____

SPIN

Instrucciones: Por favor, señale cuánto le han molestado los siguientes problemas durante la última semana. Marque solo una casilla por cada problema y asegúrese de contestar a todos los ítems.

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremo
1. Tengo miedo a las personas con autoridad					
2. Me molesta ruborizarme delante de la gente					
3. Las fiestas y acontecimientos sociales me dan miedo					
4. Evito hablar con desconocidos					
5. Me da mucho miedo ser criticado					
6. Por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente					
7. Sudar en público me produce malestar					
8. Evito ir a fiestas					
9. Evito actividades en las que soy el centro de atención					
10. Hablar con extraños me atemoriza					
11. Evito dar discursos					
12. Haría cualquier cosa para evitar ser criticado					
13. Me dan miedo las palpitaciones cuando estoy con gente					
14. Temo hacer las cosas cuando la gente puede estar mirándome					
15. Entre mis mayores miedos están hacer el ridículo o parecer estúpido					
16. Evito hablar con cualquiera que tenga autoridad					
17. Temblar o presentar sacudidas delante de otros me produce malestar					

¡GRACIAS POR PARTICIPAR!

ANEXO 4

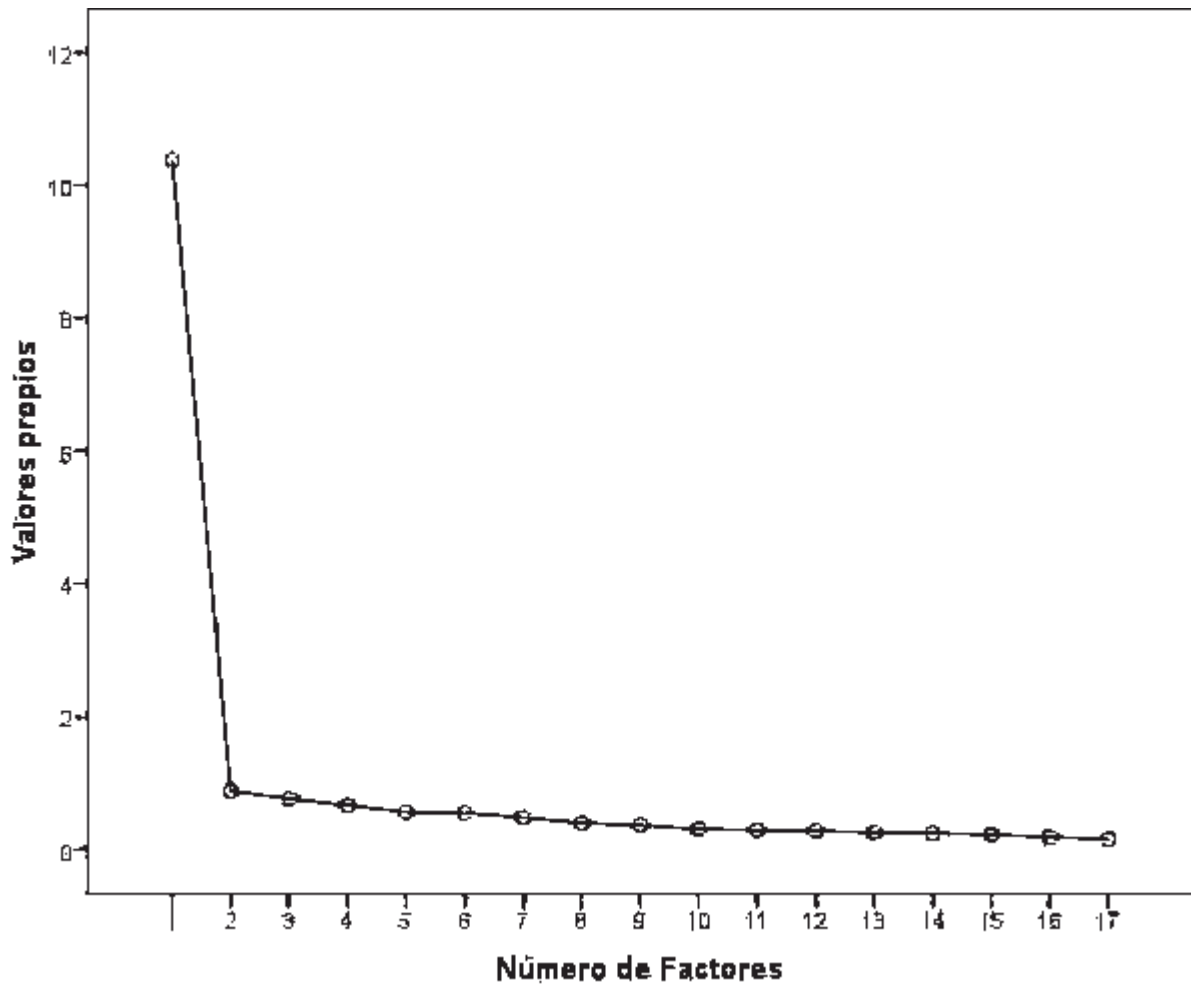
Factores del SPIN en el estudio original

Valores propios de los 5 factores propuestos, y cargas factoriales de cada uno de los reactivos. Llevado a cabo en sujetos con fobia social, en la publicación original del SPIN (Connor *et al.*, 2000).

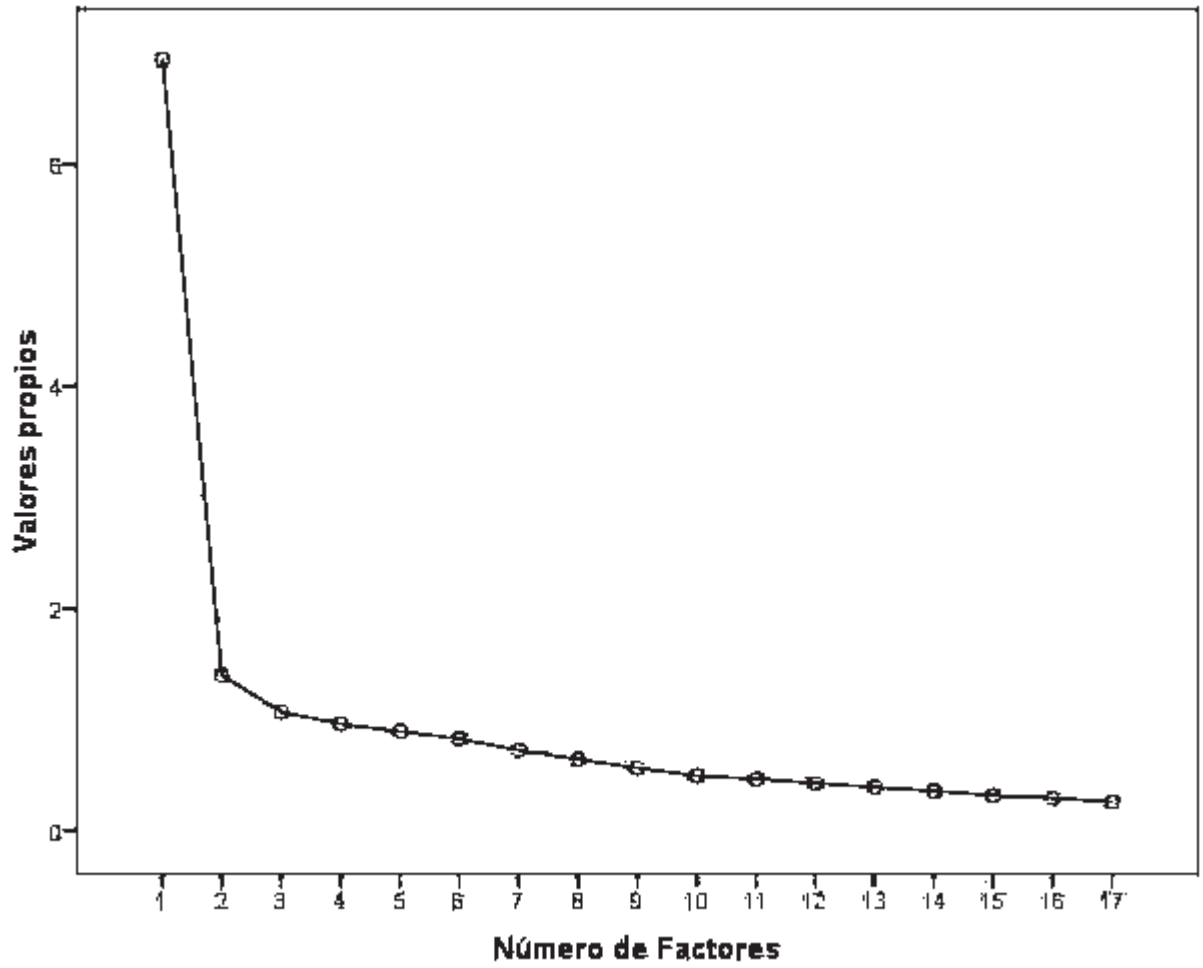
Factor	1	2	3	4	5
Valor propio	5.51	2.32	1.38	1.22	1.06
Item					
1	0.09	0.26	0.19	0.81	0.08
2	-0.02	0.38	0.65	-0.03	0.15
3	0.83	0.04	-0.02	0.05	0.26
4	0.80	0.17	0.16	0.03	-0.06
5	0.04	0.79	-0.04	0.38	0.06
6	0.24	0.67	0.23	0.15	0.10
7	0.13	0.34	0.75	0.04	0.07
8	0.80	-0.09	0.02	0.02	0.26
9	0.29	0.27	0.12	0.03	0.74
10	0.75	0.19	0.09	0.21	0.02
11	0.08	0.02	0.10	0.06	0.84
12	-0.01	0.68	0.09	0.47	0.15
13	0.12	0.08	0.67	0.29	0.14
14	0.26	0.22	0.34	0.33	0.39
15	0.10	0.78	0.25	-0.03	0.10
16	0.13	0.16	0.22	0.85	0.02
17	0.01	-0.09	0.67	0.20	0.00

ANEXO 5

Resultados de los análisis factoriales



Gráfica *Scree plot* donde se muestran los valores propios para cada factor (muestras “A”, “C” y “D”).



Gráfica *Scree plot* donde se muestran los valores propios para cada factor (muestra "B")

Comunalidades de cada ítem, en el análisis factorial exploratorio (muestras “A”, “C” y “D”).

Ítem	Comunalidades
01	0.619
02	0.408
03	0.711
04	0.428
05	0.595
06	0.719
07	0.406
08	0.631
09	0.667
10	0.633
11	0.503
12	0.638
13	0.667
14	0.686
15	0.689
16	0.750
17	0.623

Comunalidades de cada ítem, en el análisis factorial exploratorio (muestra “B”).

Ítem	Comunalidades
01	0.714
02	0.358
03	0.479
04	0.576
05	0.601
06	0.641
07	0.602
08	0.575
09	0.506
10	0.583
11	0.437
12	0.509
13	0.463
14	0.520
15	0.618
16	0.672
17	0.546

Cargas factoriales del único factor –con valor propio mayor de uno–, arrojado en el análisis factorial exploratorio (muestras “A”, “C” y “D”).

Ítem	Factor 1
01	0.787
02	0.638
03	0.843
04	0.654
05	0.772
06	0.848
07	0.637
08	0.794
09	0.817
10	0.796
11	0.709
12	0.799
13	0.817
14	0.828
15	0.830
16	0.866
17	0.790

Matriz factorial rotada, al solicitar la extracción de 3 factores (muestras “A”, “C” y “D”).

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3
01	0.598	0.447	0.279
02	0.289	0.614	0.239
03	0.472	0.472	0.544
04	0.211	0.150	0.869
05	0.706	0.293	0.257
06	0.621	0.483	0.332
07	0.155	0.804	0.225
08	0.376	0.419	0.638
09	0.542	0.367	0.503
10	0.436	0.284	0.698
11	0.700	0.087	0.357
12	0.751	0.252	0.292
13	0.591	0.549	0.242
14	0.734	0.334	0.290
15	0.763	0.361	0.225
16	0.639	0.383	0.449
17	0.518	0.668	0.164

Matriz factorial rotada, al solicitar la extracción de 5 factores (muestras “A”, “C” y “D”).

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
01	0.660	0.385	0.186	0.089	0.286
02	0.232	0.236	0.191	0.180	0.882
03	0.730	0.245	0.450	0.153	0.162
04	0.134	0.249	0.859	0.132	0.133
05	0.479	0.589	0.190	0.085	0.187
06	0.437	0.551	0.277	0.315	0.264
07	0.233	0.203	0.217	0.879	0.157
08	0.619	0.204	0.563	0.196	0.089
09	0.414	0.462	0.448	0.163	0.280
10	0.386	0.375	0.652	0.163	0.130
11	0.101	0.763	0.343	0.098	0.150
12	0.503	0.641	0.229	0.137	0.007
13	0.689	0.401	0.157	0.326	0.094
14	0.405	0.675	0.238	0.216	0.159
15	0.374	0.719	0.175	0.241	0.211
16	0.571	0.489	0.372	0.121	0.228
17	0.618	0.358	0.087	0.420	0.248

Matriz factorial rotada, de los 3 factores –con valores propios mayor a uno– arrojados en el análisis factorial exploratorio (muestra “B”).

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3
01	0.091	0.130	0.830
02	0.472	0.125	0.345
03	0.222	0.621	0.209
04	0.181	0.737	0.028
05	0.604	0.267	0.406
06	0.574	0.294	0.474
07	0.773	0.061	-0.025
08	0.031	0.755	0.069
09	0.295	0.602	0.238
10	0.294	0.684	0.172
11	0.405	0.353	0.385
12	0.609	0.259	0.266
13	0.645	0.174	0.129
14	0.481	0.341	0.416
15	0.640	0.270	0.368
16	0.240	0.116	0.775
17	0.696	0.221	0.113

Matriz factorial rotada, al solicitar la extracción de 5 factores (muestra “B”).

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
01	0.142	0.088	0.127	0.856	0.091
02	0.214	0.461	0.041	0.381	0.176
03	0.186	0.196	0.678	0.173	0.174
04	0.145	0.108	0.233	0.046	0.851
05	0.773	0.200	0.074	0.214	0.214
06	0.582	0.327	0.214	0.363	0.153
07	0.167	0.841	-0.007	0.063	0.160
08	0.069	0.045	0.862	0.031	0.166
09	0.374	0.132	0.538	0.142	0.261
10	0.271	0.168	0.219	0.162	0.775
11	0.493	0.165	0.145	0.286	0.318
12	0.826	0.153	0.080	0.035	0.168
13	0.369	0.559	0.257	0.088	-0.034
14	0.571	0.225	0.358	0.274	0.046
15	0.723	0.293	0.204	0.190	0.086
16	0.278	0.165	0.108	0.763	0.067
17	0.229	0.724	0.228	0.157	0.119