

Ansiedad y Fobia Social: Revisión de los Autoinformes más Utilizados en Población Adulta e Infanto-Juvenil

Anxiety and Social Phobia: Review of the Self-Reports More Used in Adult and Children-Youth Population

Ihab Zubeidat
Antonio Fernández Parra
Juan Carlos Sierra*
Facultad de Psicología
Universidad de Granada

(Rec: 02 noviembre 2005 – Acep: 10 mayo 2006)

Resumen

La evaluación de la ansiedad y fobia social es una tarea compleja debido a la implicación de varios componentes y dimensiones en la misma. Esto implica la necesidad de instrumentos de evaluación específicos con adecuadas propiedades psicométricas. El objetivo de la presente revisión teórica es ofrecer una descripción de los autoinformes más utilizados en la evaluación de la ansiedad y fobia social en población adulta e infanto-juvenil, así como de sus propiedades psicométricas en muestras anglosajonas y de habla española. En general, existen más medidas de evaluación de este trastorno en población adulta que en infanto-juvenil, disponiéndose de una multitud de datos psicométricos. Los autoinformes empleados en poblaciones de niños y adolescentes son escasos, encontrándose pocos estudios psicométricos, especialmente en población española; incluso, algunas de estas medidas de autoinforme requieren su adaptación a esta población. Se discute la implicación de estos hallazgos, ofreciendo algunas conclusiones al respecto.

Palabras clave: Ansiedad y fobia social, autoinformes, propiedades psicométricas

Abstract

Assessment of anxiety and social phobia is a complex task, because it implies various components and dimensions. This implicates the need for specific instruments of assessment with adequate psychometric properties. The aim of this theoretical revision is to offer a description of self-reports, which are more used in the assessment of the anxiety and social phobia in adult and children-adolescent populations. We also describe psychometric properties of self-reports in Anglo-Saxon and Spanish samples. Generally, there are more measurements of assessment for this disorder in adult groups than in that of children-adolescent. In addition, there is a multitude of psychometric data. Self-reports which are used in populations of children and adolescent and their psychometric studies are few, especially in Spanish population. Besides, some of these measures of self-reports need adaptation to this population. The implication of these results are discussed and some conclusions are offered.

Key words: Anxiety and social phobia, Self-reports, psychometric properties

* Correspondencia: Juan Carlos Sierra. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. 18071 Granada (ESPAÑA). E-mail: jcsierra@ugr.es

Uno de los aspectos más importantes del comportamiento humano son las relaciones interpersonales. La ansiedad social constituye un trastorno complejo que engloba distintos componentes y dimensiones a considerar en su evaluación, definiéndose como una experiencia de estrés, discomfort, miedo, ansiedad, etc., ante situaciones sociales, como una evitación deliberada de situaciones sociales, así como temor de ser objeto de evaluación negativa por parte de los demás (Watson & Friend, 1969). El miedo excesivo, la evitación de un gran número de situaciones de interacción social y la repercusión negativa en la vida diaria de los fóbicos sociales, causada por sus temores sociales, constituyen características principales que distinguen la ansiedad social de otros trastornos psicopatológicos (Rapee, Sanderson & Barlow, 1988). Las situaciones novedosas de interacción con las personas de nuestro entorno exigen un nivel determinado de ansiedad que nos permita funcionar adecuadamente y que va disminuyendo significativamente tras los primeros momentos de interacción social y tras exposiciones repetidas a situaciones parecidas. La fobia social fue incluida como entidad diagnóstica independiente con la publicación del DSM-III en 1980 (*American Psychiatric Association*, 1980), argumentando que dicho trastorno es el más prevalente en las poblaciones occidentales y norteamericanas. Esto se ha mantenido en la revisión del DSM-III, DSM-IV y DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 1987, 1994, 2000). La fobia social ha sido reconocida como uno de los subtipos de trastorno fóbico, incorporados dentro de los trastornos neuróticos asociados con el estrés y somatoformes (Gelder, Gath & Mayou, 1989). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye, por primera vez, la ansiedad social como categoría diagnóstica independiente en su sistema de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, el CIE-10, en 1992 (Organización Mundial de la Salud, 1992). Por otra parte, Ballenger *et al.* (1998) han coincidido en ofrecer una nueva denominación de este cuadro clínico, etiquetada como trastornos por ansiedad social, siendo la edad de inicio en la infancia-adolescencia. En la actualidad, la fobia social está considerada como uno de los subtipos de trastorno de ansiedad.

Es conveniente evaluar distintos aspectos (cognitivo, somático, comportamental, gravedad, etc.) del problema de fobia y ansiedad social para una mejor descripción y comprensión del mismo. Fundamentalmente, existen tres tipos de técnicas para evaluar dicho problema; en primer lugar, las referentes a las medidas indirectas o provenientes de los informes emitidos por las propias personas (autoinformes), las cuales se describirán con detalle en el presente estudio teórico (Montero & León, 2005); en segundo lugar, las que aluden a las medidas resultantes de la observación del comportamiento de los pacientes en situaciones reales o simuladas (medidas de observación); y, en

tercer lugar, las que emplean instrumentación física y química (registros psicofisiológicos). Los distintos sistemas de medida son los siguientes: entrevistas, autoinformes y autorregistros, tests de observación conductual y registros psicofisiológicos. Los más frecuentes en la práctica profesional son las entrevistas y los autoinformes, junto con los autorregistros. Por su parte, los tests de observación conductual y de los registros psicofisiológicos tienen un uso limitado debido a los problemas metodológicos y de coste que suelen asociarse a ellos. Por ello, es recomendable hacer uso de inventarios y cuestionarios lo más específicos posibles a las situaciones y a las respuestas (Echeburúa, 1995). Además, es preferible que tengan un formato de respuesta de escalas tipo Likert, bastante depuradas y sensibles al cambio terapéutico y que dispongan de unas garantías psicométricas adecuadas en población española; en último término, se pretende que dichas pruebas respondan a la práctica clínica (Echaburúa, 1995).

La evaluación actual del comportamiento de la fobia y ansiedad social es multimodal y plurimetódica (Lang, 1968, 1993). Es importante tener en cuenta una perspectiva teórica para concebir estrategias de evaluación y valorar la necesidad de instrumentos nuevos y mejorados. El enfoque de "sistema de tres respuestas" (conducta manifiesta, respuesta fisiológica y cogniciones) se ha adoptado tanto históricamente (Lang, 1968) como en la década de los años noventa (Lang, 1993; Miller & Kozak, 1993), teniendo un impacto significativo en la evaluación no sólo de la fobia social y otros trastornos de ansiedad, sino en otros trastornos emocionales. La evaluación completa de la fobia y ansiedad social debería tener en cuenta cada uno de los tres sistemas de respuesta: cogniciones, comportamiento manifiesto y respuesta fisiológica. Dichos sistemas son independientes relativamente, ya que normalmente se ha informado de correlaciones bajas entre ellos (Rachman & Hodgson, 1974). La función de las técnicas de evaluación es detectar si las personas cumplen los criterios diagnósticos de la fobia y ansiedad social. Junto a la entrevista, el autoinforme es la técnica más usada en la práctica clínica para comprobar las hipótesis planteadas por el evaluador. El autoinforme instiga sobre diferentes componentes del problema, así como sobre síntomas asociados. La mayoría de los autoinformes ofrece información sobre la intensidad y la gravedad de los síntomas, cuantificando su evolución y el cambio producido al término del tratamiento (Echeburúa, 1995); en ningún caso se deberían emplear como instrumentos diagnósticos. Se trata de técnicas que necesitan un tiempo corto de aplicación, donde se obtienen puntuaciones objetivas de la subjetividad del paciente (ofrecen información más objetiva de la que se obtiene por medio de la entrevista clínica abierta), explorando distintas áreas de la interacción social. Mediante los autoinformes se obtiene una muestra de las respuestas de los sujetos a un conjunto de ítems elegidos a partir de un área común de

situaciones interpersonales (Caballo, 1987). La aplicación repetida de estos instrumentos posibilita la evaluación de la evolución de los síntomas. Muchas de estas pruebas están estandarizadas y tienen datos psicométricos. No obstante, los autoinformes cubren un campo temático menor que las entrevistas, constituyendo medidas complementarias que están sujetas a varias fuentes de error (Caballo, 1987).

La investigación relativa a los instrumentos designados para identificar la fobia social se ha incrementado en los últimos años; nuevos instrumentos y estudios de fiabilidad y validez de varias escalas han sido publicados, especialmente en edad adulta (para una revisión, véase Clark *et al.*, 1997 o Taylor, Woody, McLean & Koch, 1997). Por su parte, García-López, Olivares & Vera-Villaruel (2003) ofrecen una revisión de los instrumentos de evaluación de la fobia social que han sido validados en población de lengua española. Los cuestionarios desarrollados o adaptados para la población adolescente de habla española aparecen en una revisión llevada a cabo por Inglés, Méndez, Hidalgo, Rosa & Orgilés (2003). Así, la revisión de Masia-Warner, Storch & Fisher (2003), relacionada con los avances de la evaluación y el tratamiento de la ansiedad y fobia social en jóvenes, incluye nuevos instrumentos de evaluación desarrollados específicamente para el trastorno de ansiedad social. Recientemente, existe un interés por examinar la relación entre distintas medidas de autoinforme y su invariabilidad dentro de muestras tanto clínicas como comunitarias. En esta línea, Olivares, García-López, Hidalgo & Caballo (2004) informan que la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, la Escala de Evitación y Malestar Social, el Inventario de Ansiedad y Fobia Social y la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes se presentan invariantes dentro de las muestras clínica y comunitarias, evaluando un único factor de primer orden, denominado como “ansiedad social”, aunque cada medida recoge síntomas específicos (cognitivos, comportamentales o somáticos) de este factor; además, los resultados indicaron que el Inventario de Ansiedad y Fobia Social y la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes constituyen los dos autoinformes de elección para la evaluación de la ansiedad social de los adolescentes.

Al día de hoy, la literatura científica carece de instrumentos de evaluación del comportamiento de ansiedad y fobia social en población de habla española, ya que la mayoría de los estudios en esta población han pretendido validar las escalas desarrolladas en población anglosajona. Una gran parte de las medidas de autoinforme está siendo aplicada en muestras de adultos, disponiendo de una variedad de estudios relacionados con sus garantías psicométricas. Por el contrario, en población infanto-juvenil, existen pocos instrumentos designados para la evaluación de las respuestas de ansiedad social de los niños y adolescentes. El objetivo principal este estudio teórico (Montero & León, 2005) es ofrecer una descripción detallada de las medidas

de autoinforme de evaluación de la ansiedad y fobia social más empleadas en población adulta e infanto-juvenil, así como informar sobre sus propiedades psicométricas encontradas en distintos estudios tanto en población anglosajona como en la adaptación (en caso de que exista) para población de habla española. Por último, se ofrecerá una serie de conclusiones a modo de discusión relacionadas con la situación actual de estos instrumentos de medida de ansiedad y fobia social, reflejando la comparación de su uso entre la población adulta y la de niños y adolescentes.

Autoinformes específicos para la fobia y ansiedad social

Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (Fear of Negative Evaluation Scale, FNE) y Escala de Evitación y Malestar Social (Social Avoidance and Distress Scale, SAD) (Watson & Friend, 1969)

Tanto la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) como la Escala de Evitación y Malestar Social (SAD) se crearon juntas con el objetivo de evaluar los dos aspectos más centrales de la fobia y ansiedad social. La FNE alude a aspectos cognitivos (pensamientos) de la ansiedad social, mientras que la SAD se refiere a aspectos motores (evitación). Tienen la ventaja de ser breves y complementarias, necesitando un tiempo estimado en 15 minutos para su aplicación, por lo que son uno de los instrumentos más empleados en investigación. Se trata de autoinformes más apropiados para evaluar la ansiedad ante situaciones de interacción social que para la fobia social en sí (Orsillo, 2001). Las dos escalas han mostrado ser sensibles al cambio terapéutico (Butler, Cullington, Munby, Amies & Gelder, 1984; Heimberg, Becker, Goldfinger & Vermilyea, 1985; Mattick & Peters, 1988), constituyendo buenos predictores de la mejoría terapéutica a largo plazo. En España, distintos estudios (Bobes *et al.*, 1999; García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel & Turner, 2001; Villa, Botella, Quero, Rueda & Gallardo, 1998) han informado que tanto la FNE como la SAD obtienen propiedades psicométricas adecuadas en población adulta y adolescentes de habla española.

La SAD es una de las medidas más usadas en los estudios de ansiedad y fobia social. Incluye 28 ítems, con dos posibilidades de respuesta (verdadera o falsa). La mitad de ellos corresponden al malestar subjetivo en situaciones sociales y la otra mitad a la evitación activa o deseo de evitar dichas situaciones. El rango de la escala oscila entre 0 y 28. Las medias en la SAD fueron 11,20 y 8,24 para los hombres y mujeres, respectivamente (Watson & Friend, 1969). Presenta una excelente consistencia interna de 0,94 y una buena fiabilidad test-retest al mes de 0,68 (Watson & Friend, 1969). Además, correlaciona significativamente

con la FNE ($r=0,40$) (Oei, Kenna & Evans, 1991); estos autores informan que los pacientes con fobia social obtienen una puntuación media de 21,9 (DT = 5,8). Así, en un estudio reciente de Hofmann, DiBartolo, Holaway & Heimberg (2004) el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,93, el cual se incrementaría hasta 0,94 si se eliminase el ítem 19. Para diferenciar la población sana de la población que sufre ansiedad social, se ha establecido el punto de corte de 18–20 (Butler *et al.*, 1984; Heimberg, Hope, Dodge & Becker, 1990). Como limitaciones, cabe destacar que una gran parte de sus ítems son un tanto repetitivos e imprecisos con respecto a la situación estimular, que el número reducido de los ítems puede no reflejar las situaciones de ansiedad concretas de un paciente determinado y que las respuestas son dicotómicas, teniendo pocas posibilidades de matización. La correlación de esta escala con instrumentos de ansiedad social y timidez alcanzan valores mayores que 0,75 (Jones & Briggs, 1986), mientras que la correlación que mantiene con otras medidas de ansiedad general suele ser baja. En población chilena, se ha llevado a cabo la validación de la SAD en el estudio de Pérez y Valenzuela (1991), donde la consistencia interna tuvo un valor de 0,86. Además, se detectó una correlación significativa entre esta escala y la Escala de Ansiedad ante la Interacción (IAS) (Leary, 1983a).

En España, la puntuación media de la muestra no clínica fue de 7,71. Por su parte, la muestra de pacientes con fobia social obtuvo una media de 18,77 antes de recibir tratamiento y otra de 12,08 una vez finalizado el mismo (Villa *et al.*, 1998). En cuanto a los dos subtipos, antes de comenzar el tratamiento, los individuos del subtipo no generalizado y generalizado obtuvieron una media de 12,62 (DT = 5,58) y de 23,31 (DT = 5,29), respectivamente; después del tratamiento, las medias fueron 11,12 (DT = 4,39) y 15,15 (DT = 6,68), respectivamente (Ruipérez, García-Palacios & Botella, 2002). Existe una versión en castellano de Girodo (1980) recogida en Comeche, Díaz & Vallejo (1995); la consistencia interna fue de 0,94; la fiabilidad de la subescala de Evitación fue de 0,87 y la de Ansiedad social de 0,85; la fiabilidad test–retest fue de 0,68. A pesar de que la mayoría de los estudios relativos a la SAD ha tenido lugar en población adulta, existen varios trabajos realizados con adolescentes (Bobes *et al.*, 1999; García-López *et al.*, 2001; Villa *et al.*, 1998) que ponen de manifiesto sus buenas propiedades psicométricas. Por ejemplo, al usar la correlación producto–momento de Pearson, García-López *et al.* (2001) encontraron una fiabilidad test–retest igual a 0,85 para la SAD. La validez de constructo indicó que la SAD mantiene una correlación de 0,67 con la puntuación total de la *Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A)* y otra de 0,56 con el trastorno de personalidad por evitación. Por último, la SAD ofrece una carga factorial de 0,78 en la diferenciación entre subtipos de fobia social (García-López *et al.*, 2001).

Por su parte, el objetivo de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa es efectuar una evaluación del componente cognitivo de la ansiedad social. Mide la intensidad en la que las personas experimentan temor ante la posibilidad de ser juzgados de manera negativa por otros. La escala está compuesta por 30 ítems de tipo dicotómico (verdadero o falso), oscilando su rango de 0 a 30. Las medias en la FNE fueron 13,97 y 16,10 para los hombres y mujeres, respectivamente (Watson & Friend, 1969). Muestra un coeficiente de consistencia interna de 0,94 y una fiabilidad test–retest de al mes de 0,78 (Watson y Friend, 1969). Los pacientes con fobia social obtienen una puntuación media de 20,7 (DT = 5,1) (Oei *et al.*, 1991). Heimberg *et al.* (1990) y Mattick, Peters & Clarke (1989) proponen el punto de corte de 22–24 con el fin de discriminar la población sana de la aquejada de ansiedad social. En un estudio reciente de Collins, Westra, Dozois y Stewart (2005) se examinaron las propiedades psicométricas de la versión breve de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, encontrando correlaciones significativas entre la evitación social y la depresión, y otras no significativas entre la evitación agorafóbica y las variables demográficas; además, esta versión obtuvo una excelente consistencia interna (alfa = 0,97) y una fiabilidad test–retest de 0,94 a las dos semanas.

En población española, la muestra no clínica obtuvo una puntuación media de 16,1, mientras que la muestra de personas con fobia social mostró una puntuación de 24,79 antes del tratamiento y otra de 18,93 después del mismo (Villa *et al.*, 1998). En otro estudio en el que se distinguieron los dos subtipos de la fobia social, se demostró que los pacientes del subtipo generalizado obtuvieron una media de 26,84 (DT = 2,03) antes del tratamiento, mientras que los del subtipo no generalizado consiguieron una media de 20,87 (DT = 3,87). No obstante, después de terminar el tratamiento se obtuvo una media de 18,53 (DT = 7,35) y otra de 19,12 (DT = 4,73) para los pacientes del grupo generalizado y no generalizado, respectivamente (Ruipérez *et al.*, 2002). Existe en castellano una versión original y reducida en Comeche *et al.* (1995). La consistencia interna fue de 0,94 para la versión original y de 0,90 para la versión breve. La fiabilidad test–retest fue de 0,78 para la original y 0,75 para la breve. La correlación entre ambas versiones de la escala fue de 0,96. La validez convergente fue estudiada en base a la Escala de Evitación y Estrés Social (*Social Avoidance and Distress Scale – SAD*), con la que muestra una correlación de 0,51 y de 0,32 con la Escala de Interacción Social (*Interaction Anxiousness Scale – IAS*). Los estudios que hacen uso de la escala FNE con adolescentes son escasos, aunque los trabajos de Bobes *et al.* (1999), García-López (2000), García-López *et al.* (2001) y Villa *et al.* (1998) se realizaron con jóvenes y adultos de población española. García-López *et al.* (2001) encuentran una fiabilidad test–retest igual a 0,84, usando la correlación de Pearson producto–momento. La validez concu-

rente señaló que la FNE ofrece una correlación de 0,71 con la puntuación total de la SAS-A y otra de 0,48 con el trastorno de ansiedad por evitación. Además, la FNE muestra una carga factorial de 0,68 en la diferenciación de los subtipos de fobia social (García-López *et al.*, 2001).

Inventario de Ansiedad y Fobia Social (Social Phobia Anxiety Inventory, SPAI) (Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989) e Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños (Social Phobia Anxiety Inventory for Children, SPAI-C) (Beidel, Turner & Morris, 1995)

El Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI) fue construido con el fin de medir las tres dimensiones (motora, psicofisiológica y cognitiva) de la ansiedad social. Está compuesto por 45 ítems que se responden de acuerdo a una escala tipo Likert de 7 puntos (1: Nunca; 7: Siempre). Dichos ítems se reparten entre dos subescalas: fobia social y agorafobia; la primera está formada por 32 ítems, mientras que la segunda consta de los 13 ítems restantes. El SPAI proporciona tres puntuaciones. La primera se refiere a la fobia social, la segunda a la agorafobia y la tercera a una puntuación total denominada de “diferencia”, ya que es el resultado de restar la puntuación de agorafobia a la de fobia social. Se trata de una puntuación pura de fobia social después de haber eliminado la ansiedad asociada a la agorafobia. Algunos autores (Turner *et al.*, 1989; Beidel, Turner & Cooley, 1993) optan por la puntuación de la diferencia por motivos tanto metodológicos como teóricos; otros (Herbert, Bellack & Hope, 1991; Ries *et al.*, 1998) encuentran apoyo empírico para la puntuación de la subescala de fobia social.

Con el objetivo de diferenciar entre los sujetos con fobia social y otros sin la misma, Turner *et al.* (1989) proponen un punto de corte de diferencia por encima de 60. Además, existe una mayor probabilidad de realizar un diagnóstico más preciso cuando la puntuación se encuentra por encima de 80, incrementando la especificidad. Los creadores del SPAI informan de una consistencia interna de 0,96 para la subescala de fobia social y 0,86 para la agorafobia, en un estudio realizado con una muestra universitaria con fobia social. Por su parte, la fiabilidad test-retest (en un periodo de dos semanas) fue de $r = 0,86$ para la puntuación total de diferencia. En población española, los resultados sobre consistencia interna son muy parecidos a los que se han encontrado en el estudio original: 0,97 en la puntuación de diferencia y de 0,94 para la muestra con diagnóstico de fobia social (Baños, Quero, Botella & Perpiñá, 2003).

En cuanto a la validez de constructo, Turner *et al.* (1989) señalan que tanto las dos subescalas como la puntuación total discriminan entre grupos con problemas de ansiedad y otros normativos. Además, se muestra capaz de diferenciar entre individuos con fobia social y aquellos que tienen otros trastornos de ansiedad. Así, el SPAI mantuvo correlaciones significativamente altas con otras variables relevantes, tales como habilidades sociales, trastorno de per-

sonalidad por evitación y neuroticismo (Caballo, Olivares, López-Gollonet, Irurtia & Rosa, 2003); además, apenas hubo correlaciones significativas entre el SPAI y la extraversión. En población adolescente, el SPAI resultó ser una medida fiable y válida de fobia social (Clark *et al.*, 1994). Este resultado también se ha confirmado en la población adolescente española (García-López *et al.*, 2001; Olivares, García-López, Hidalgo, Turner & Beidel, 1999). Olivares *et al.* (2002) han establecido puntos de corte normativos para el SPAI con el objetivo de diferenciar los adolescentes con fobia social de aquellos sin la misma en una muestra comunitaria española. Dichos puntos están en torno a 60 para la puntuación de Diferencia y a 70 para la subescala de Fobia Social. Por último, el SPAI ha mostrado ser sensible al cambio terapéutico, permitiendo determinar el estatus funcional de las personas con fobia social una vez terminado el tratamiento. Como consecuencia, este instrumento disfruta de un mayor uso en la investigación. No obstante, pese a tener una mayor especificidad para evaluar la fobia social que otros instrumentos (como el FNE y el SAD), la duración de su aplicación es más larga, resultando su corrección más complicada. El SPAI fue desarrollado para adultos en la población norteamericana (Turner *et al.*, 1989) y ha sido validado en muestras inglesas (Clark *et al.*, 1994) y para adolescentes de habla española (Olivares *et al.*, 1999); los puntos de corte han sido informados recientemente para muestras de habla española (Olivares *et al.*, 2002).

Por su parte, el Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños (*Social Phobia Anxiety Inventory for Children, SPAI-C*) (Beidel *et al.*, 1995) constituye una medida de autoinforme para niños menores de 14 años y está compuesto por 26 ítems, los cuales se contestan de acuerdo a una escala Likert de tres puntos (0 = Nunca; 1 = A veces; 2 = La mayor parte del tiempo o Siempre). Los ítems del SPAI-C evalúan una serie de situaciones sociales y síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Existen 9 ítems que miden el malestar subjetivo del niño ante distintos contextos, donde se calcula el promedio de la respuesta a cada uno de ellos, obteniendo una puntuación total combinada del instrumento resultante de la suma de los 26 ítems. Las propiedades psicométricas del SPAI-C han sido consideradas como adecuadas; la consistencia interna del instrumento total y de sus factores fue aceptable (alfa = 0,95 para la medida total; alfa = 0,65–0,83 para las puntuaciones de los factores) (Beidel Turner & Fink, 1996). El SPAI-C ha mantenido relaciones moderadas con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños-Subescala de Rasgo ($r = 0,50$), con la subescala de Fracaso y Crítica del Cuestionario de Temores para Niños-Revisado (*Failure and Criticism subscale of the Fear Survey Schedule for Children-Revised*) ($r = 0,53$) y con el número de situaciones sociales que resultan perturbadoras en la vida diaria del niño (Beidel, Turner & Morris, 1995; Beidel *et al.*, 1996). Así, con el SPAI-C se ha podido diferenciar niños

con trastorno de ansiedad social de otros con determinados trastornos exteriorizados y de sujetos controles (Beidel *et al.*, 1996). Los constructos de los niños evaluados por el SPAI-C, los cuales se han obtenido mediante un análisis factorial, fueron los siguientes: Asertividad, Conversación General, Actuación en Público, Síntomas Físicos y Cognitivos, y Evitación Conductual (Beidel *et al.*, 1996). Recientemente, Storch, Masia-Warner, Dent, Roberti & Fisher (2004) encontraron que los coeficientes alfa de Cronbach de los factores del SPAI-C en adolescentes oscilaban entre 0,65 y 0,83 para la muestra total, con un alfa de 0,92 para la escala global; además, las intercorrelaciones entre las cinco escalas del SPAI-C oscilaban entre 0,46 y 0,68. Por su parte, la fiabilidad test-retest para la escala total fue de 0,47, mientras que las correlaciones test-retest para los cinco factores de este instrumento fueron: 0,39 para Asertividad, 0,35 para Conversación General, 0,56 para Síntomas Físicos/Cognitivos, 0,36 para Evitación y 0,49 para Actuación en Público. Se ha encontrado que el SPAI-C fue una medida más sensible que el SAS-A (61,50 versus 43,60%) de cara a mostrar evidencias sobre la validez del constructo de ansiedad social, a pesar de que se obtuvo una correlación significativa de 0,79 entre las dos (Inderbitzen-Nolan, Davies & McKeon, 2004); no obstante, estas dos escalas fueron similares en relación a la especificidad (82,7% para ambas). A día de hoy, no hay estudios que pretendan estudiar las propiedades psicométricas del SPAI-C en muestras de niños españoles.

La Escala de Fobia Social (Social Phobia Scale, SPS) y la Escala de Ansiedad en Interacción Social (Social Interaction Anxiety Scale, SIAS) (Mattick & Clarke, 1998)

La Escala de Fobia Social (SPS) y la Escala de Ansiedad en Interacción Social (SIAS) evalúan dos dimensiones distintas de la ansiedad social: el miedo de ser juzgado en la ejecución de una determinada actividad y el miedo a la propia relación social. Tanto la SPS como la SIAS están formadas por 20 ítems que se contestan en una escala tipo Likert de 5 puntos (0: No es característico o cierto de mí; 4: Totalmente característico o cierto de mí). El objetivo que se pretende con la SPS es medir la ansiedad al escrutinio o a la observación de los demás, especialmente cuando se están llevando a cabo actividades. Los pacientes con fobia social han obtenido una media de 32,8 (DT=11,8) (Heimberg, Mueller, Holt, Hope & Liebowitz, 1992). Estos autores proponen una puntuación de corte de 24, clasificando correctamente al 73% del grupo de personas con fobia social. La consistencia interna de la SPS ha resultado ser alta, tanto en población clínica como no clínica (de 0,87 a 0,94) (Heimberg *et al.*, 1992; Mattick & Clarke, 1998). Asimismo, se han conseguido buenos datos (de 0,66 a 0,93) referentes a la fiabilidad test-retest (en un periodo de 4 a 12 semanas) (Heimberg *et al.*, 1992; Mattick & Clarke, 1998). En cuanto a la validez de la SPS, se ha encontrado, mediante un análisis factorial confirmatorio, tres factores

en lugar de dos: Ansiedad de interacción, Ser observado por los demás y Miedo a que los demás se den cuenta de los síntomas de ansiedad (Safren, Turk & Heimberg, 1998). Existen estudios que relacionan la SPS con medidas de ansiedad de ejecución o de ser el objeto de observación por los otros (Brown *et al.*, 1997; Heimberg *et al.*, 1992).

La Escala de Ansiedad en Interacción Social (SIAS) fue creada por Mattick & Clarke (1989) en base a los criterios del DSM-III-R para la fobia social. Su objetivo es medir las respuestas de ansiedad ante las interacciones sociales. Algunos autores (Brown *et al.*, 1997; Mattick & Clarke, 1998) recomiendan la administración del SIAS junto a la Escala de Fobia Social (SPS) con el fin de evaluar aspectos complementarios del constructo de ansiedad social. La SIAS está compuesta por 20 ítems que se contestan de acuerdo a una escala tipo Likert de 5 puntos (entre 0 y 4). Los datos psicométricos señalan que esta escala obtiene un coeficiente alfa de consistencia interna de 0,93 y un coeficiente de correlación test-retest superior a 0,90 durante periodos de 1 y 3 meses (Mattick & Clarke, 1998). Además, la validez concurrente indica que la SIAS se encuentra más relacionada con medidas de relación social (Heimberg *et al.*, 1992). Por su parte, Cox, Ross, Swinson & Drenfeld (1998) muestran que la SIAS mantiene una correlación alta con la subescala de ejecución de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). Asimismo, establece correlaciones significativas con los pensamientos positivos y negativos que tienen lugar en una prueba observacional de inicio y mantenimiento de conversaciones (Ries *et al.*, 1998). También, se relaciona con distintas variables de personalidad (Norton, Cox, Hewitt & McLeod, 1997).

En cuanto a la validez discriminante, se ha mostrado que los pacientes con fobia social puntúan más alto en la SIAS que el grupo control (Heimberg *et al.*, 1992; Mattick & Clarke, 1998). Del mismo modo, los individuos con fobia social puntuaban más alto en la SIAS que los pacientes de otros trastornos de ansiedad frente a un grupo control (Rapee, Brown, Antony & Barlow, 1992). En esta línea, se ha demostrado que la SIAS identifica correctamente al menos a un 86% de los sujetos con fobia social cuando se comparan éstos con una muestra comunitaria (Heimberg *et al.*, 1992) o con personas con diferentes trastornos mentales frente a un grupo control (Brown *et al.*, 1997). Estos autores informan que la SIAS es capaz de distinguir entre pacientes con otros trastornos de ansiedad o un grupo control. Asimismo, se ha encontrado que la SIAS permite diferenciar entre sujetos con fobia social y pacientes diagnosticados de trastorno de pánico con o sin agorafobia (Peters, 2000).

Por otro lado, los autores de la SIAS defienden que esta escala tiene la función de evaluar la fobia social generalizada o situaciones de relación social, mientras que la Escala de Fobia Social (SPS) lo hace para el subtipo no generalizado. No obstante, Heimberg *et al.* (1992) demostraron

que la SIAS por sí sola era capaz de discriminar entre los dos subtipos de la fobia social. En esta línea, Ries *et al.* (1998) encuentran que la SIAS discrimina entre los individuos con fobia social generalizada (con o sin trastorno de personalidad por evitación) y los que tienen miedo a hablar en público. Diferentes estudios (Cox *et al.*, 1998; Mattick & Peters, 1998; Mattick & Clarke, 1989) señalan que la SIAS es sensible al cambio terapéutico. En relación a la estructura factorial de la SIAS y del SPS, se ha informado en el estudio de Habke, Hewitt, Norton & Asmundson (1997) de tres factores: ansiedad ante las relaciones sociales, miedo a la observación por parte de los demás y malestar general en las situaciones sociales. Este último factor estaba formado por cuatro ítems que requerían una puntuación inversa. Por su parte, Safren *et al.* (1998) hallan los siguientes factores: ansiedad ante las relaciones sociales, ansiedad ante la observación de los demás y miedo de que se noten las respuestas de ansiedad por los otros.

Por otra parte, existen pocos trabajos que pretenden estudiar las propiedades psicométricas de la SIAS en población española. Olivares, García-López & Hidalgo (2001) emplean una muestra de 654 (483 mujeres y 117 hombres) sujetos españoles de una edad comprendida entre 18 y 44 ($M = 19,60$; $DT = 3,23$), donde fueron completadas la SPS y SIAS conjuntamente; los hombres consiguieron una media de 22,24 ($DT = 11,24$), mientras que las mujeres obtuvieron una media de 21,25 ($DT = 12,23$). La consistencia interna mediante alfa de Cronbach de la SIAS fue de 0,89. Además, fueron obtenidos dos factores que explicaron un 40,11% de la varianza. Únicamente dos ítems (9 y 11) saturaron por debajo de 0,40 en el primer factor, incluyendo este factor al resto de los ítems de la escala. Por su parte, el segundo factor estaba compuesto por tan sólo dos ítems (5 y 9), lo que confirma la estructura unidimensional de la SIAS (Olivares *et al.*, 2001). El análisis factorial confirmatorio reveló que el modelo de un factor se ajustaba significativamente mejor a los datos obtenidos que el modelo de independencia entre los ítems. De este resultado estos autores infieren que todos los ítems de la SIAS saturan en un único factor denominado “ansiedad social ante la interacción”; estos hallazgos coinciden con los resultados de Mattick & Clarke (1998). No obstante, las diferencias de género fueron encontradas en la SPS pero no en la SIAS. Estos resultados apoyan el uso de la SIAS como más relevante que la SPS en la evaluación de la fobia social. La validez concurrente fue examinada en el estudio de Caballo *et al.* (2003), quienes encontraron que tanto la SIAS como el SPS correlacionaron significativamente alto con las siguientes variables: habilidades sociales, trastorno de personalidad por evitación y neuroticismo; apenas hubo correlaciones significativas entre estas dos escalas y la extraversión. Por último, se han obtenido valores de fiabilidad excelentes para la SIAS en población adulta española (Olivares, Rosa & Sánchez, 2000). La mayoría de los estu-

dios referentes a la SIAS se han llevado a cabo con sujetos adultos, careciendo de trabajos en población adolescente.

Finalmente, tanto la SPS como la SIAS han mostrado ser capaces de diferenciar a los pacientes con fobia social de las personas que no poseen este trastorno; los primeros presentan puntuaciones más elevadas en las dos escalas cuando se comparan con los individuos aquejados de agorafobia o con estudiantes universitarios sin trastorno (Heimberg *et al.*, 1992; Mattick & Clarke, 1998). Los pacientes con fobia social han obtenido puntuaciones más elevadas en la SIAS que el resto de los grupos con trastornos de ansiedad de una población clínica (Brown *et al.*, 1997). No obstante, la SPS no ha podido discriminar las personas con fobia social de aquellas aquejadas del trastorno de pánico con agorafobia, a pesar de que los primeros presentaron puntuaciones significativamente más altas. Además, las dos escalas resultan útiles en la determinación de los dos subtipos de la fobia social. Heimberg *et al.* (1992) han demostrado que la SIAS tiene más poder que la SPS para diferenciar los pacientes con el subtipo generalizado de la fobia social de los del subtipo específico. Por último, las dos escalas han mostrado un comportamiento sensible relativo al cambio terapéutico producido (Ries *et al.*, 1998).

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS) (Liebowitz, 1987) y la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz para Niños y Adolescentes (Liebowitz Anxiety Scale for Children and Adolescents, LSAS-CA) (Masia-Warner, Klein & Liebowitz, 2002).

La Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) fue desarrollada inicialmente en Estados Unidos como respuesta a la falta de un instrumento que evalúa el amplio rango de las dificultades sociales y de actuación, las cuales suelen ser informadas por los sujetos con fobia social. La LSAS ha obtenido un alto grado de correlación con la versión administrada por los clínicos, así como un alto grado de aceptación por los pacientes (Katzelnick *et al.*, 1995; Kobak *et al.*, 1998). Consta de 24 ítems que aluden a las situaciones sociales o de actuación que suelen ser problemáticas para los pacientes con fobia social. Dichos ítems se reparten en dos subescalas; la primera, Ansiedad de actuación o ejecución, está constituida por 13 ítems que se marcan con la letra P (Performance); la segunda, Ansiedad social, está formada por 11 ítems marcados con la letra S (Social). Cada una de las subescalas evalúa dos componentes característicos de este proceso: el grado de temor o ansiedad ante determinadas situaciones y el grado de evitación provocado por las mismas. Todos los ítems puntúan de acuerdo a una escala tipo Likert de cuatro grados. Para la subescala de ansiedad, dichos grados hacen referencia a la intensidad (0 = ansiedad nula; 1 = ansiedad leve; 2 = ansiedad moderada; 3 = ansiedad severa); para la dimensión de evitación

los números reflejan la frecuencia de aparición: 0 = nunca (0% de las veces); 1 = ocasionalmente (1–33%); 2 = frecuentemente (33–67%); 3 = usualmente (67–100%). Además, existe la posibilidad de conseguir dos puntuaciones totales de 0 a 72 puntos para cada una de las dimensiones (grado de ansiedad y grado de evitación), de manera que el cero representa un grado de ansiedad y evitación nulo y el 72 el grado máximo.

La LSAS es uno de los instrumentos más citados en la literatura en ensayos clínicos en pacientes con fobia social. Aporta una visión adecuada de la gravedad de la sintomatología y se muestra sensible al cambio terapéutico. Los puntos de corte para la clasificación de la gravedad del trastorno por ansiedad social son los siguientes: menor o igual a 51 (fobia social leve), desde 52 hasta 81 (fobia social moderada) y mayor o igual a 82 (fobia social grave). Este instrumento presenta dos inconvenientes. Por un lado, es posible que no constituya un buen instrumento de diagnóstico; por otra, se resalta el hecho de que no contenga ningún ítem que indagase sobre síntomas fisiológicos que suelen manifestarse en el trastorno de ansiedad social. Connor, Davidson, Sutherland & Weisler (1999) defienden que es necesaria la realización de un estudio que explore a fondo las características psicométricas de la LSAS. Otros estudios que se han preocupado de confirmar la fiabilidad, la validez y la sensibilidad al cambio terapéutico de la LSAS son los de Safren *et al.* (1999) y Heimberg *et al.* (1999). Los resultados del primero de ellos informan de la existencia de cuatro factores o categorías de miedo social exploradas por la LSAS: interacción social, hablar en público, ser observado por otros, y comer y beber en público; estos cuatro factores demuestran una adecuada validez convergente y discriminante con otras medidas de ansiedad social, tales como la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, Escala de Estrés y Evitación Social, Escala de Ansiedad ante la Interacción Social y Escala de Fobia Social. Estos hallazgos ponen de manifiesto la existencia de cuatro categorías globales de miedo social evaluadas por la LSAS. Parece ser que la ansiedad de interacción social es unifactorial, mientras que, probablemente, las situaciones de miedo a ejecución/observación son multifactoriales. Cox *et al.* (1998) encuentran que los coeficientes de consistencia interna de las subescalas miedo/social y evitación/social fueron altos (alfa de Cronbach = 0,90). Así, Heimberg *et al.* (1999) informan que tanto la LSAS total como sus subescalas muestran una distribución normal y obtienen coeficientes altos de consistencia interna (0,81 hasta 0,96). Las correlaciones entre la LSAS y sus subescalas en la muestra total resultaron altas, oscilando entre 0,68 y 0,98; asimismo, la LSAS total correlacionó altamente con el total de miedo y el total de evitación (0,90 para ambas) (Heimberg *et al.*, 1999).

En relación a la validez convergente, se encontró que la subescala de Miedo a la interacción social de la LSAS

mantuvo una correlación de 0,76 con la SIAS y de 0,50 con la SPS; así, la subescala de Evitación de la interacción social presentó una correlación de 0,77 con la SIAS y de 0,47 con la SPS. Este patrón de correlaciones fue al revés para las subescalas referentes a la evitación. Por su parte, la subescala de Miedo a la actuación mantuvo una correlación de 0,52 con la SIAS y de 0,65 con la SPS, mientras que la subescala de Evitación a la actuación mostró una correlación de 0,55 con la SIAS y de 0,60 con la SPS (Heimberg *et al.*, 1999); estos autores informan que estas correlaciones tienden a ser más altas que las presentadas por la LSAS con otras medidas de depresión. Del mismo modo, se obtuvo una correlación alta entre la subescala de Interacción social de la LSAS y la SIAS en los estudios de Heimberg *et al.* (1992) y de Mattick & Clarke (1998). Además, la LSAS ha demostrado su utilidad clínica (Holt, Heimberg y Hope, 1992) y validez de criterio (Brown, Heimberg & Juster, 1995; Holt, Heimberg, Hope & Liebowitz, 1992). En cultura hebrea, se ha encontrado que el coeficiente de fiabilidad test–retest a los 48 días para la muestra de fobia social fue de 0,87 y 0,91 para las escalas de ansiedad y evitación de la LSAS, respectivamente; la consistencia interna fue examinada en una muestra de 189 sujetos con fobia social, donde el coeficiente alfa de Cronbach obtenido fue de 0,91 para ambas subescalas de ansiedad y evitación (Levin, Marom, Gur, Wechter & Hermesh, 2002); en cuanto a la validez discriminante, se han encontrado diferencias significativas entre el grupo con fobia social y otro con trastorno de pánico en las dos escalas de ansiedad y evitación de la LSAS, respectivamente ($t = 5,9$, $p = 0,00$; $t = 5,5$, $p = 0,00$); además, se han notado algunas evidencias de validez convergente y divergente y una alta sensibilidad al tratamiento; por último, Levin *et al.* (2002) detectan tres subescalas denominadas: subescala de Ejecución/interacción, subescala de Interacción diádica y subescala de Actividades en público.

En España, la LSAS fue traducida, adaptada al castellano y validada por Bobes *et al.* (1999), examinando sus propiedades psicométricas en una muestra de 57 pacientes con fobia social y 57 individuos sanos. Las subescalas que aparecen en el trabajo de estos autores son las siguientes: Ansiedad en actuaciones en público, Evitación de situaciones en público, Ansiedad en situaciones de interacción social, Evitación de situaciones de interacción social, Total de ansiedad social, Total de evitación social; además, el cuestionario ofrece una puntuación global llamada Total de ansiedad y evitación social. Bobes *et al.* (1999) proponen los siguientes puntos de corte en la validación española: de 19,6 a 32,7 (rango 0–72) en el cuestionario de ansiedad social y de 19,6 a 26,1 (rango 0–72) en el cuestionario de evitación total. Todas las subescalas de la LSAS demostraron una adecuada consistencia interna (por encima de 0,73). La LSAS presentó una estructura interna homogénea en términos de correlación entre subescalas ($r=0,61$ –

0,93). Por su parte, los coeficientes de correlación intraclase hallados en la prueba test–retest, administrada con 14,4 días de diferencia, resultaron mayores de 0,82 en todas las subescalas, señalando una adecuada reproducibilidad. Por otro lado, los coeficientes de correlación de Pearson conseguidos en la prueba de validez convergente con otras escalas (Escala de Depresión de Hamilton Subjetiva y Total) fueron moderados (0,44 en el total de ansiedad social y 0,38 en el total de evitación). Así, los coeficientes de correlación hallados entre la LSAS y el *Social Anxiety and Distress Scale (SADS)* resultaron por encima de 0,70 en todas las subescalas. Además, la escala LSAS presentó un poder discriminante adecuado, estadísticamente significativo, entre personas con fobia social e individuos sanos, y entre grupos de pacientes con distinta severidad del proceso. La validez convergente fue estudiada en el estudio de Caballo *et al.* (2003), quienes informaron que la LSAS presentó correlaciones significativamente altas con habilidades sociales, trastorno de personalidad por evitación y neuroticismo; la correlación entre la LSAS y la variable extraversión fue leve. Los estudios con la LSAS fueron realizados en su mayoría en población adulta, careciendo de trabajos al respecto en el caso de los adolescentes.

Por su parte, la LSAS–CA se compone de 24 ítems que tienen la función de evaluar determinadas situaciones que podrían producir miedo en los niños y adolescentes con ansiedad social. La mitad de los ítems evalúan situaciones de interacción social (por ejemplo, mirar a los ojos a gente que no conoce bien) y la otra mitad miden situaciones de actuación (por ejemplo, hacer preguntas en clase). El niño tiene que contestar a cada una de las 24 situaciones, valorando en una escala tipo Likert de 0 a 3, por una parte, el grado de ansiedad o temor y, por otra, el grado de evitación. El evaluador tiene la libertad de explorar las respuestas y ajustar las puntuaciones, dependiendo del juicio clínico y de las observaciones directas. De esta manera, la LSAS–CA ofrece una puntuación total y puntuaciones parciales en las subescalas Ansiedad social, Ansiedad ante la actuación, Evitación de la actuación, Ansiedad total y Evitación total. Masia–Warner *et al.* (2003) dieron a conocer los primeros hallazgos psicométricos de la LSAS en su aplicación con una muestra de 154 niños y adolescentes. Los resultados obtenidos indicaron una alta consistencia interna (alfa = 0,90–0,97 para la muestra total y 0,83–0,95 para el grupo de fobia social) y una fiabilidad test–retest excelente (coeficiente de correlación intraclase = 0,89–0,94) para la LSAS–CA total y para las puntuaciones de sus subescalas. Además, las puntuaciones presentan asociaciones más fuertes con medidas de la ansiedad social y de deterioro general que con una medida de depresión. Por último, la LSAS–CA distingue bien entre sujetos con el trastorno de ansiedad social de otros que tienen otros trastornos de ansiedad y de aquellos que pertenecen al grupo control (Masia–Warner *et al.*, 2003). Estos resultados se-

ñalan que la LSAS–CA constituye una medida fiable y válida para ser aplicada en población infanto–juvenil. A día de hoy, faltan estudios relacionados con las propiedades psicométricas de la LSAS–CA en población infanto–juvenil.

Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (Social Anxiety Scale for Adolescents, SAS–A) (La Greca, 1999) y Escala de Ansiedad Social para Niños–Revisada (Social Anxiety Scale for Children–Revised, SASC–R) (La Greca & Stone, 1993)

La Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (*Social Anxiety Scale for Adolescents, SAS–A*) se basó en el modelo conceptual propuesto por Watson & Friend (1969) y Leary (1983b) y no en los criterios del DSM pertinentes a la fobia social, tal como ocurre con el SPAI, el SIAS o el SPS. La SAS–A fue desarrollada y adaptada a partir de la Escala Revisada de Ansiedad Social para niños (*Social Anxiety Scale for Children–Revised, SASC–R*) (La Greca & Stone, 1993), cambiando únicamente el lenguaje utilizado. Por ejemplo, el término “niño” empleado en la Escala Revisada de Ansiedad Social para Niños fue modificado por “compañeros”, “otras personas” o “gente” en la SAS–A. Tanto la SAS–A como la SASC–R están formadas por 22 ítems, de los cuales 4 no se tienen en cuenta de cara a la puntuación, quedando en 18 ítems que se reparten entre tres subescalas en ambas escalas: subescala de Miedo a la evaluación negativa (*Fear of Negative Evaluation, FNE*) (8 ítems), subescala de Ansiedad y evitación social ante extraños (*Social Avoidance and Distress specific to new situations or unfamiliar peers, SAD–New*) (6 ítems) y la subescala de Ansiedad y evitación social ante gente en general (*Social Avoidance and Distress and Distress that is experienced more generally in the company of peers, SAD–General*) (4 ítems). La SASC–R está diseñada para niños de edades comprendidas entre 7 y 12 años, y la SAS–A para adolescentes entre 13 y 18 años. El formato de las dos escalas es el mismo, aunque los ítems difieren ligeramente con el objetivo de reflejar diferencias de tipo evolutivo. Las versiones SASC–R y SAS–A para los padres y maestros también están disponibles, aunque carecen de datos psicométricos hasta la fecha. Cada ítem se contesta en una escala tipo Likert de 5 puntos de acuerdo con el grado en el que el contenido del ítem es verdadero para el sujeto, donde 1 significa “No del todo” y 5 “Todo el tiempo”. Se pueden obtener distintas puntuaciones por la suma de los ítems que constituyen cada una de las subescalas o una puntuación total por la suma de todos los ítems, excepto los 4 neutrales. El rango de puntuaciones oscila entre 1 y 40 para la subescala FNE, entre 1 y 30 para la subescala SAD–New, entre 1 y 20 para la subescala SAD–General, y entre 1 y 90 para la puntuación total.

Varios estudios encontraron que la SAS–A proporciona una medida válida y fiable de la ansiedad social tanto en

muestras clínicas como en comunitarias (Ginsburg, La Greca & Silverman, 1998; La Greca & López, 1998; Storch, Eisenberg & Roberti, 2003). Las propiedades psicométricas de la SAS-A fueron probadas en una muestra no clínica de 250 adolescentes estadounidenses con un rango de edad comprendido entre 16 y 18 años (La Greca & López, 1998). En el estudio de estos autores se constató el modelo de tres factores, obteniendo niveles adecuados de consistencia interna en las tres subescalas: Miedo a la evaluación negativa (0,91), Ansiedad y evitación social ante extraños (0,83) y Ansiedad y evitación social ante gente en general (0,76). Otro trabajo que hizo uso de una muestra clínica estadounidense y que informó de valores de consistencia interna ligeramente superiores (0,94, 0,87 y 0,80, respectivamente para las tres subescalas) al anterior fue el de Ginsberg *et al.* (1998). La SAS-A mostró buenos datos de fiabilidad test-retest y validez de constructo para ambas poblaciones de habla española e inglesa (García-López *et al.*, 2001; La Greca & López, 1998; Olivares, Ruiz, Hidalgo & García-López, 1999). En un estudio reciente de Storch *et al.* (2004) se ha hallado que los coeficientes alfa de Cronbach fueron altos para la puntuación total de la SAS-A (alfa = 0,93) y para sus subescalas (alfa = 0,76-0,91); las correlaciones interescalas de la SAS-A oscilaron entre 0,52 y 0,74. En cuanto a la fiabilidad test-retest, usando las correlaciones producto-momento de Pearson, se han obtenido correlaciones significativas entre la primera y la segunda administración. Específicamente, estas correlaciones fueron de 0,55 para FNE, 0,58 para SAD-New, 0,62 para SAD-General y 0,60 para la escala general.

En población española, los datos hallados en muestra comunitaria adolescente apoyan la fiabilidad y la estructura tridimensional propuesta por los autores originales de la SAS-A (Olivares *et al.*, 1999), así como su buena fiabilidad test-retest (García-López *et al.*, 2001; Ruiz, Olivares, Hidalgo & García-López, 2000). Así, la eficiencia del diagnóstico de la fobia social se incrementa cuando se emplea la SAS-A junto al SPAI, resultando esta combinación muy apropiada como herramienta de muestreo o selección de sujetos adolescentes con fobia social en muestras comunitarias (Olivares *et al.*, 2002). En un estudio reciente realizado por Oliveres *et al.* (2005) con el objetivo de estudiar la estructura factorial y las propiedades psicométricas de la SAS-A en una población de habla española se ha observado que los resultados obtenidos apoyan la estructura de tres factores propuesta por los autores originales. Además, se han hallado correlaciones interescalas significativas; la correlación ítem-test resultó por encima de 0,40 en todos los casos, oscilando el rango desde 0,47 hasta 0,74; asimismo, los niveles de consistencia interna fueron altos para las subescalas: FNE (0,94), SAD-New (0,87) y SAD-General (0,80), y para la escala total (0,91). A pesar de haber encontrado efectos de género significativos en la puntuación total de la SAS-A y de sus subescalas, no se han obte-

nido efectos de interacción. Estos hallazgos suponen un apoyo al uso de la SAS-A en la población de los adolescentes de habla española.

Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) (Olivares & García-López, 1998)

La construcción de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social por Olivares & García-López (1998) se debió a la inexistencia en su momento de un instrumento (con formato breve) que permitiera detectar de forma rápida, válida y fiable a adolescentes y adultos con ansiedad social y con una alta probabilidad de reunir los criterios establecidos por la American Psychiatric Association (1994, 2000) para considerar el diagnóstico de fobia o ansiedad social. La EDAS consta de 10 ítems, de los cuales dos tienen un formato dicotómico (Sí/No) y evalúan el criterio A del trastorno de ansiedad o fobia social, referido al componente cognitivo; los demás ítems tienen un formato de una escala tipo Likert valorada en cinco alternativas de respuesta (rango: 1-5). El contenido de estos 8 ítems hace referencia a situaciones sociales de relación o actuación que suelen provocar temor en los sujetos con ansiedad y fobia social; el sujeto tiene que valorar las situaciones sociales en función del grado de evitación, sobreactivación e interferencia que le causa cada una de ellas (criterios B-E). En definitiva, la EDAS tiene la función de medir el constructo de ansiedad/fobia social teniendo presente el criterio de interferencia, considerándose como la única escala que toma en cuenta este aspecto importante de cara al diagnóstico de este trastorno.

La EDAS está constituida por dos subescalas o factores; una primera, llamada Ansiedad social, obtenida por la suma de las puntuaciones conseguidas en las ocho situaciones sociales correspondientes a los componentes de evitación y sobreactivación. El rango de las puntuaciones de esta escala puede oscilar de 0-64 o de 16-80 si la referencia del límite inferior es igual a 1. El segundo factor, denominado Interferencia, se calcula sumando los valores de los 8 ítems de la escala. En este caso, las puntuaciones que consigue el sujeto pueden oscilar entre 0 y 32 o entre 8 y 40. Por su parte, la puntuación total se calcula mediante la suma de los valores obtenidos por cada una de las subescalas, pudiendo resultar su rango entre 0 y 96 o entre 24 y 120. Hay que señalar que los dos primeros ítems tienen un carácter cualitativo, por lo tanto, no se tendrían en cuenta en las puntuaciones relativas a las subescalas o a la puntuación total de la EDAS.

Las propiedades psicométricas fueron examinadas recientemente en el estudio de Olivares, Piqueras & Sánchez-García (2004), donde se aplicó esta escala a una muestra de 3.181 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria de edad comprendida entre 14 y 18 años. Los resultados del análisis factorial exploratorio dieron cuenta de dos factores: Ansiedad social e Interferencia que explicaron un 40,52%

de la varianza. La consistencia interna alcanzó un valor alto de 0,92. Estos autores no han demostrado diferencias significativas debidas al sexo, a la edad y a la interacción entre el sexo y la edad, aunque sí se encontraron diferencias significativas relativas al efecto debido al género en la subescala de Ansiedad social, en la cual las chicas presentaron mayor puntuación que los chicos. Estos resultados de fiabilidad y validez adecuados llevaron a los autores de este trabajo a concluir que la EDAS es una medida fiable en la evaluación de la ansiedad social en adolescentes españoles.

Test de Autoafirmaciones en Interacciones Sociales (Social Interaction Self-Statement Test, SISST) (Glass, Merluzzi, Biever & Larsen, 1982)

El Test de Autoafirmaciones en Interacciones Sociales (SISST) constituye una medida de uso frecuente en las investigaciones sobre ansiedad social por su capacidad para diferenciar personas con ansiedad social de aquellas no ansiosas. Su versión original se centraba en situaciones de interacción social con individuos del otro sexo, llegando a efectuar variaciones en el mismo con el fin de adaptarlo a interacciones con grupos. El SISST está compuesto por 30 ítems que detectan los posibles pensamientos experimentados por un individuo que se desenvuelve en una situación social. Este test se divide en dos subescalas: una de Pensamientos positivos y otra de Pensamientos negativos. La frecuencia de dichos pensamientos se evalúa de acuerdo con una escala tipo Likert de 6 puntos (0: Nunca; 5: Casi siempre). El estudio de Dodge, Hope, Heimberg & Becker (1988) muestra una media de 54,75 (DT=12,68) para los individuos con fobia social, en la escala de pensamientos negativos y otra de 36,21 (DT=11,44) en la escala de pensamientos positivos.

La consistencia interna hallada en una muestra de estudiantes fue de 0,85 a 0,89 para la subescala de Pensamientos positivos y de 0,91 para la de los Pensamientos negativos (Osman, Markway & Osman, 1992). La versión traducida al español se encuentra en Caballo (1993). Este autor encuentra que la parte negativa del SISST mantiene correlaciones significativas con las siguientes medidas: Escala de Autoexposición Universitaria (CSES) (-0,53), Inventario de Asertividad de Rathus (Rathus) (-0,54), Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte motora (EMES-M) (-0,58), Escala de Ansiedad y Evitación Sociales (SAD) (0,62), Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte emocional (EMES-E) (-0,66) y Escala Multidimensional de Expresión Social (EMES) (-0,69). Además, se destacó las relaciones moderadas encontradas entre los pensamientos negativos del sujeto durante la interacción social extensa (SISST) y la elevada ansiedad y falta de habilidad social evaluadas. Por último, el SISST ofrece niveles satisfactorios de fiabilidad y validez y una sensibilidad adecuada al cambio terapéutico (Glass & Arnkoff, 1997).

Escala Breve de Fobia Social de Davidson (Davidson Brief Social Phobia Scale, BSPS) (Davidson et al., 1991)

La Escala Breve de Fobia Social (EBFS) constituye un instrumento de evaluación sencillo y rápido de aplicar. Se trata de una entrevista en formato de escala que permite diagnosticar a personas con fobia social (Davidson *et al.*, 1991). Su objetivo es evaluar la gravedad de los síntomas y la eficacia de los cambios producidos por el tratamiento. Está formada por 18 ítems que se contestan en una escala de 5 puntos (entre 0 y 4). Los primeros 14 ítems aluden a situaciones sociales específicas y evalúan dos componentes: Miedo (7 ítems) y Evitación ante las situaciones sociales (7 ítems). Las situaciones recogidas son: hablar en público, hablar con personas con autoridad, hablar con extraños, ser humillado o criticado, acudir a reuniones sociales y actuar mientras se es observado por los demás. Los cuatro ítems restantes miden respuestas psicofisiológicas. Fundamentalmente, se indaga sobre la posible presencia de enrojecimiento facial, palpitaciones, temblores y sudoración en el transcurso de situaciones interpersonales o cuando se piensa en ellas. Se puede obtener una puntuación total, así como tres puntuaciones relativas a las tres subescalas: temor, evitación y fisiológica.

En relación a las propiedades psicométricas de este instrumento, se han hallado coeficientes alfa de consistencia interna adecuados para las subescalas de Miedo y Evitación, aunque no para la subescala de Respuestas psicofisiológicas (Davidson *et al.*, 1991). La consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala en conjunto fue de 0,81, 0,60 para la subescala fisiológica, 0,70 para la subescala de temor y 0,78 para la subescala de evitación. Además, la BSPS se muestra sensible al cambio producido por el tratamiento y tiene una alta fiabilidad interjueces (Davidson, Tupler & Potts, 1994). Asimismo, se ha demostrado que posee una alta fiabilidad test-retest y validez de constructo, y se muestra capaz de detectar diferencias pre-tratamiento (Davidson *et al.*, 1997). Los valores de fiabilidad test-retest fueron 0,91 para la puntuación global, 0,87 para la subescala de temor, 0,90 para la subescala de evitación y 0,77 para la subescala fisiológica. Los coeficientes test-retest y de consistencia interna obtenidos para la subescala de respuestas psicofisiológicas fueron los más bajos. Esto puede deberse al hecho de que existen pocos individuos con fobia social del tipo específico en la muestra, relacionándose éste con las respuestas psicofisiológicas, según afirman Davidson *et al.* (1997). Esta hipótesis se encuentra apoyada por el estudio de McNeil, Ries & Turk (1995), quienes defienden la existencia de un patrón de respuestas psicofisiológicas distinto para cada subtipo de fobia social. Por último, la validez concurrente de esta escala resultó ser buena, mostrando coeficientes de correlación altos con la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz

(0,70), con la Escala de Temor a la Evaluación Negativa ($r = 0,45$) y con la Escala de Ansiedad de Hamilton ($r = 0,34$). Hasta estos momentos, la literatura científica carece de estudios con el objetivo de examinar las características psicométricas de la EBFS en población española.

Escala de Ansiedad de Interacción (Interaction Anxiousness Scale, IAS) y Escala de Ansiedad ante el Público (Audience Anxiousness Scale, AAS) (Leary, 1983a)

La IAS valora la ansiedad asociada al comportamiento social que depende de otras personas presentes en las situaciones de interacción social (por ejemplo, entablar conversaciones, manifestar desacuerdos, etc.); es decir, mide la ansiedad ante situaciones contingentes que precisan reorientación de los demás. Por su parte, la AAS evalúa la ansiedad en situaciones no dependientes (no contingentes) que carecen de feedback de las respuestas sociales del resto de los individuos presentes (por ejemplo, dar una charla sobre algún tema, preparar una conferencia, etc.). Las dos escalas reúnen a ítems de contenido afectivo, cognitivo y fisiológico, pero no motor, ya que Leary (1983a) no incluyó los ítems de conducta manifiesta.

La validez del constructo y la fiabilidad test-retest de estas dos escalas se han informado en el estudio de Leary & Kowalski (1993). Estos autores encontraron que la consistencia interna de la IAS ofrece valores de fiabilidad superiores a 0,85. La fiabilidad test-retest a las 8 semanas fue de 0,80. En cuanto a la validez de constructo, la IAS correlacionó altamente con la Escala de Malestar y Evitación Sociales (SAD), la Escala de Timidez (*Shyness Scale*), y la Subescala de Ansiedad Social de la Escala de Autoconciencia (*Social Anxiety Subscale of the Self-Consciousness Scale*). Por su parte, la validez discriminante indica que las puntuaciones de la IAS mantuvieron correlaciones moderadas con las medidas de neuroticismo y rasgo-general de ansiedad con un rango de 0,35 a 0,50. Sanz (1994) mostró datos relativos a la validez y la fiabilidad de la IAS en población adulta española; este autor informó que la consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) de la versión española de la IAS fue de 0,90. Este último valor fue similar al encontrado por Leary & Kowalski (1987) con estudiantes americanos. Con respecto a la validez convergente y discriminante, Sanz (1994) obtuvo una correlación de 0,76 entre la IAS y el SAD.

Inventario de Fobia Social de Davidson (The Social Phobia Inventory, SPIN) (Davidson et al., 1991)

Este inventario deriva de la Escala Breve de Fobia Social, constituyendo un cuestionario autoadministrado mediante el cual se exploran las tres variantes sintomáticas que acompañan a la fobia social: miedo, evitación y

disconfort fisiológico. Tiene una forma de escala autoaplicada, donde el paciente tiene que indicar el grado en el que le han molestado durante la última semana diecisiete problemas relativos a la ansiedad y la evitación de situaciones sociales. Cada problema tiene 5 opciones de respuesta que van desde 0 (No le han molestado nada) hasta 4 (Le han molestado en grado extremo). El paciente debe elegir, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 68 puntos. Esta escala muestra alta capacidad en la detección del trastorno por ansiedad social. Concretamente, cuando la suma de tres de sus ítems (6, 9 y 15) es mayor o igual a 6 se da un 90% de probabilidades de que la persona padezca un trastorno de ansiedad social. Los tres ítems son “Por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente” (ítem 6), “Evito actividades en las que soy el centro de atención” (ítem 9) y “Entre mis mayores miedos se encuentran hacer el ridículo o parecer estúpido” (ítem 15). Es una herramienta útil por su sencillez, especialmente cuando se utiliza la versión que incluye sólo los tres ítems descritos. Connor *et al.* (2000) concluyen que además de ser un instrumento válido para medir la gravedad de la sintomatología de los casos de fobia social, es sensible a la reducción de síntomas a lo largo del tiempo y discrimina bien entre tratamientos de diferente eficacia. Además, estos autores mantienen que con un punto de corte de 19 se puede utilizar como método de *screening* de la fobia social en población general. Se ha encontrado que la consistencia interna (alfa de Cronbach) oscilaba entre 0,87–0,94 en dos grupos con fobia social frente a 0,82–0,90 para el grupo control. La prueba test-retest mostró un coeficiente de correlación de Spearman de 0,89 en uno de los grupos analizados y de 0,78 en otro (Connor *et al.*, 2000). Por su parte, los distintos tipos de validez reflejan unas sólidas propiedades psicométricas. Por ejemplo, con un punto de corte de 19, cuando se compararon pacientes con fobia social con pacientes controles se obtuvo una sensibilidad de 0,72, una especificidad de 0,84 y una eficiencia de 0,79 (Connor *et al.*, 2000). En la actualidad, se carece de trabajos referentes a las propiedades psicométricas del SPIN en población española.

Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (Personal Report of Confidence as a Speaker, PRCS) (Gilkinson, 1942; Paul, 1966)

El diseño original del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS) fue realizado por Gilkinson (1942), aunque posteriormente se modificó por Paul (1966) con la finalidad de evaluar tanto el miedo como la seguridad cuando se tiene que hablar en público (antes, durante y después). Por ello, los 101 ítems originales se han reducido a 30 con un formato verdadero-falso. Algunos estudios (Klorman, Weerts, Hastings, Melamed & Lang, 1974;

Lombardo, 1988) informaron de una alta consistencia interna, considerándolo como un instrumento válido en población clínica. En España, Bados (1986) cambió el formato de respuesta, estableciendo una escala de 6 puntos y proporcionando datos adecuados de fiabilidad y validez de la misma en población adulta. Se ha informado de la utilidad de este cuestionario en población adolescente (Méndez, Inglés & Hidalgo, 1999). Recientemente, Méndez, Inglés & Hidalgo (2004) analizan las propiedades psicométricas del PRCS en una muestra de adolescentes españoles, comprobando mediante un análisis factorial confirmatorio del mismo la existencia de dos factores: Seguridad/Disfrute al hablar en público y Miedo a hablar en público. La consistencia interna (0,84) y la fiabilidad test-retest (0,81) fueron altas. Las correlaciones con el Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia (CEDIA) (Inglés, Méndez & Hidalgo, 2000) ($r = 0,43$) y con el Inventario de Ansiedad y Fobia Social (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*) (Turner *et al.*, 1989) ($r = 0,53$) fueron estadísticamente significativas. Por su parte, la falta de confianza para hablar en público mantuvo una correlación positiva con la escala neuroticismo y negativa con la escala extraversión del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (*Eysenck Personality Questionnaire, EPQ*) (Eysenck & Eysenck, 1986). Las chicas adolescentes mostraron menos confianza para hablar en público, disminuyendo con la edad.

Discusión

Actualmente, existen avances metodológicos notables en la evaluación de la conducta en ansiedad y fobia social, aunque se presentan muchas dudas conceptuales, donde se confunden los contenidos y el método de evaluación. Este hecho señala la necesidad de emplear nuevas formas en la evaluación de la ansiedad y la fobia social. Sin embargo, hay que indicar que la ansiedad social constituye un trastorno complejo que incluye distintos componentes y dimensiones a considerar en su evaluación. Lógicamente, la evaluación va a variar de unos sujetos a otros, dependiendo del ámbito de aplicación (clínica, investigación, etc.) y de las características de la población objeto de evaluación. Es preciso señalar que una adecuada evaluación necesita de la elección acertada de los instrumentos que pueden cubrir los aspectos pretendidos sin extensión innecesaria. Sin duda, la mejor evaluación es la que lleva a un diagnóstico acertado con el objetivo de tomar decisiones relativas al tratamiento y al seguimiento.

Hoy por hoy, la literatura científica incluye una multitud de autoinformes especializados en la evaluación de la ansiedad y fobia social; la mayoría de estos instrumentos (SAD, FNE, LSAS, SPS, SIAS, SPAI, SISST, EBFS, IAS, AAS, SPIN y PRCS) que han sido objeto de nuestra revisión se han empleado en muestras de adultos anglosajones

y de habla española, disponiendo de una variedad de trabajos sobre sus propiedades psicométricas en las dos poblaciones. Al contrario, las medidas de autoinforme (SAS-A, SASC-R, SPAI-C, LSAS-CA y EDAS) empleadas en muestras de niños y adolescentes, tanto anglosajonas como de habla española, han sido escasas; en general, hay muy pocos estudios, hasta el momento, que pretenden examinar las garantías psicométricas de estos instrumentos en población infanto-juvenil. A pesar de la falta de consenso relacionada con el uso de unos cuestionarios u otros y la especialización de cada uno de ellos en medir tipos diferentes de respuestas, se ha demostrado que la FNE, SAD, SPAI y SAS-A miden un único constructo denominado ansiedad social (Olivares *et al.*, 2004). No obstante, la selección de los cuestionarios más adecuados en la evaluación de los resultados de los tratamientos resulta una tarea difícil (Antony, 1997).

Por otra parte, se recomienda el uso de instrumentos específicos adaptados y validados al castellano, el empleo en clínica de pruebas que tengan garantías psicométricas, la realización de valoraciones periódicas con escalas y la cuantificación de los resultados con instrumentos de medida. La mayoría de los instrumentos requiere datos psicométricos, tales como medias y desviaciones estándar de poblaciones, tanto de pacientes como de sujetos normales. Dichos datos son necesarios tanto para los instrumentos utilizados específicamente para evaluar la ansiedad y fobia social como para los instrumentos con enfoques más amplios. Por ejemplo, el SPAI es considerado como el instrumento que más se ha utilizado en los estudios publicados debido a sus adecuadas propiedades psicométricas en las poblaciones adulta y adolescente de distintas lenguas (Olivares, Caballo, García-López, Rosa & López-Gollonet, 2003). No obstante, es importante seguir considerando la relevancia de la SAD, FNE y LSAS en la evaluación de la ansiedad y fobia social, así como ampliar la recogida de datos de fiabilidad y validez sobre otros instrumentos que se han publicado en los últimos años, tales como la SPS, SIAS, EDAS y LSAS-CA. Del mismo modo, es necesario ampliar el conocimiento relativo a los instrumentos que evalúan la ansiedad y fobia social en la población adolescente (especialmente, el SPAI y la SAS-A), así como otros posibles nuevos. Por último, el futuro avance de los autoinformes de evaluación de la conducta en ansiedad y fobia social deberá ofrecer información sobre la diferenciación entre las dos formas de las mismas (específica y generalizada). En esta línea, se han realizado distintos estudios sobre las propiedades psicométricas de la SIAS y la SPS como dos escalas complementarias en la evaluación de la ansiedad ante la interacción y el escrutinio a la observación por los demás, siendo capaces en distinguir entre los dos subtipos específico y generalizado de la fobia social (especialmente, la SIAS según afirman Heimberg *et al.* 1992).

En resumen, parece ser que las escalas más empleadas en la evaluación de la ansiedad y fobia social de los adultos son el SAD, FNE, LSAS, SPAI, SPS y SIAS; en población adolescente, las escalas SPAI, SAS-A e EDAS serían las más adecuadas para conseguir dicho fin, mientras que el SASC-R se consideraría como el único instrumento utilizado para evaluar la fobia social en la población infantil. Los primeros datos sobre la LSAS-CA señalan su uso adecuado en muestras de niños y adolescentes. Por último, se dispone de más estudios relacionados con las propiedades psicométricas de los autoinformes realizados en muestras de adultos que de niños y adolescentes, señalando la necesidad de realización de futuros estudios al respecto, tanto en población anglosajona como de habla española.

Referencias

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed., rev.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (cuarta edición-texto revisado) (DSM-IV-TR). Washington, DC: Autor.
- Antony, M. M. (1997). Assessment and treatment of social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, *42*, 826-834.
- Bados, A. (1986). *Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Tesis doctoral: Universidad de Barcelona.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Bobes, J., Beidel, D. C., Ono, Y. & Westenberg, H. G. (1998). Consensus statement on panic disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*, 54-60.
- Baños, R. M., Quero, S., Botella, C. & Perpiñá, C. (2003). ¿Qué es la fobia social? En: Botella, C., Baños, R. M. & Perpiñá, C. (Eds.), *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (pp. 15-35). Barcelona: Paidós.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Cooley, M. R. (1993). Assessing reliability and clinically significant change in social phobia: Validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 331-337.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Fink, C. M. (1996). Assessment of childhood social phobia: Construct, convergent, and discriminative validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). *Psychological Assessment*, *8*, 235-240.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Morris, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, *7*, 73-79.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*, 643-650.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. P., Dal-Ré, R., Soria, J., Martínez, R., de la Torre, J., Doménech, R., González-Quirós, M., Buscarán, M. T., González, J. L. & Martínez de la Cruz, F. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheenan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medical Clinical*, *112*, 530-538.
- Brown, E. J., Heimberg, R. G. & Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, *26*, 467-486.
- Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A. & Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and The Social Phobia Scale across the anxiety disorders. *Psychological Assessment*, *9*, 21-27.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P. L. & Gelder, M. G. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 642-650.
- Caballo, V. E. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Iurria, M. J. & Rosa, A. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, *11*, 539-562.
- Clark, D. B., Feske, U., Masia, C. L., Spaulding, S. A., Brown, C., Mammen, O. & Shear, M. K. (1997). Systematic assessment of social phobia in clinical practice. *Depression and Anxiety*, *6*, 47-61.
- Clark, D. B., Turner, S. M., Beidel, D. C., Donovan, J. E., Kirisci, L. & Jacob, R. G. (1994). Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for adolescents. *Psychological Assessment*, *6*, 135-140.
- Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J. A. & Stewart, S. H. (2005). The validity of the brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*, 345-359.
- Comeche, M. I., Díaz, M. I. & Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E. & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, *176*, 379-386.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Sutherland, S. & Weisler, R. (1999). Social Phobia: Sigues in Assessment and Magement. *Epilepsia*, *40*, S60-S65.
- Cox, B. J., Ross, L., Swinson, R. P. & Drenfeld, D. M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. *Behavior Modification*, *22*, 285-297.
- Davidson, J. R. T., Miner, C. M., de Veugh-Geiss, J., Tupler, L. A., Colket, J. T. & Potts, N. L. S. (1997). The Brief Social Phobia Scale: A psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, *27*, 161-166.
- Davidson, J. R. T., Potts, N. L. S., Richichi, E. A., Krishnan, R., Ford, S. M., Smith, R. D. & Wilson, W. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, *52*, 48-51.
- Davidson, J. R. T., Tupler, L. A. & Potts, N. L. S. (1994). Treatment of social phobia with benzodiazepines. *Journal of Clinical Psychiatry*, *55*, 28-32.
- Dodge, C. S., Hope, D. A., Heimberg, R. G. & Becker, R. E. (1988). Evaluation of the Social Interaction Self-Statement Test with a social phobic population. *Cognitive Therapy and Research*, *12*, 211-222.
- Echeburúa, E. (1995). *Manual práctico de evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. G. (1986). *EPQ. Cuestionario de Personalidad para Niños (EPQ-J) y Adultos (EPQ-A)*. Manual. Madrid: TEA Ediciones.
- García-López, L. J. (2000). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. & Turner, S. M. (2001). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale and the Social Avoidance Distress Scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *23*, 51-59.
- García-López, L. J., Olivares, J. & Vera-Villarreal, P. (2003). Fobia social: revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *35*, 151-160.
- Gelder, M., Gath, D. & Mayou, R. (1989). *Psiquiatría*. México, D. F.: Interamericana-MaGraw-Hill.

- Gilkinson, H. (1942). Social fears as reported by students in college speech classes. *Sepech Monographs*, 9, 141–160.
- Ginsburg, G., La Greca, A. M. & Silverman, W. S. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Linkages with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 189–199.
- Girodo, M. (1980). *Cómo vencer la timidez*. Barcelona, Grijalbo.
- Glass, C. R. & Arnkoff, D. B. (1997). Questionnaire methods of cognitive self-statement assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 911–927.
- 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.
- Habke, A. M., Hewitt, P. L., Norton, G. R. & Asmundson, G. (1997). The Social Phobia and Social Interaction Anxiety Scales: An exploration of the dimensions of social anxiety and sex differences in structure and relations with pathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 19, 21–39.
- Heimberg, R. G., Becker, R. E., Goldfinger, K. & Vermilyea, J. A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 236–245.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. A. & Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172–179.
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R. & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199–212.
- Heimberg, R. G., Mueller, G. P., Holt, C. S., Hope, D. A. & Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23, 53–73.
- Herbert, J. D., Bellack, A. S. & Hope, D. A. (1991). Concurrent validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 357–368.
- Hofmann, S. G., DiBartolo, P. M., Holaway, R. M. & Heimberg, R. G. (2004). Scoring error of Social Avoidance and Distress Scale and its psychometric implications. *Depression and Anxiety*, 19, 197–198.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G. & Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318–325.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., Hope, D. A. & Liebowitz, M. R. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 63–77.
- Inderbitzen-Nolan, H., Davies, C. A. & McKeon, N. D. (2004). Investigating the construct validity of the SPAI-C: comparing the sensitivity and specificity of the SPAI-C and the SAS-A. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 547–560.
- Inglés, C., Méndez, F. X. & Hidalgo, M. D. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿Factor de riesgo de fobia social? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 91–104.
- Inglés, C., Méndez, F. X., Hidalgo, M. D., Rosa, A. I. & Orgilés, M. (2003). Cuestionarios, inventarios y escalas de ansiedad social para adolescentes: una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 1–21.
- Jones, W. H. & Briggs, S. R. (1986). *Manual for the Social Reticence Scale*. Palo alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Katzelnick, D. J., Kenneth, A. K., Greist, J. H., Jefferson, J. W., Mantle, J. M. & Serlin, R. C. (1995). Sertraline for social phobia: A double-blind, placebo-controlled crossover study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1368–1371.
- Klorman, M. L., Weerts, T. C., Hastings, J. E., Melamed, B. G. & Lang, P. J. (1974). Psychometric evaluation of some specific-fear questionnaires. *Behavior Therapy*, 5, 401–409.
- Kobak, K. A., Schaettle, S. C., Greist, J. H., Jefferson, J. W., Katzelnick, D. J. & Dotti, S. L. (1998). Computer-administered rating scales for social anxiety in a clinical drug trial. *Depression and Anxiety*, 7, 97–104.
- La Greca, A. M. (1999). *Manual for the Social Anxiety Scales for Children and Adolescents*. Miami: Autor.
- La Greca, A. M. & López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83–94.
- La Greca, A. M. & Stone, W. L. (1993). Social Anxiety Scale for Children—Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17–27.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problemas in treating a construct. En: Shlien, J. M. (Ed.), *Research in psychotherapy*, 3, 90–102. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lang, P. J. (1993). The three-system approach to emotion. En: Birbaumer, N. & Ohman, A. (Eds.), *The structure of emotion* (pp. 18–30). Seattle, WA: Hogrefe y Huber.
- Leary, M. R. (1983a). Social anxiousness: The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment*, 47, 66–75.
- Leary, M. R. (1983b). *Understanding social anxiety: Social, personality clinical perspectives*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Leary, M. R. y Kowalski, R. M. (1987). Manual for the Interaction Anxiousness Scale. *Social and Behavioral Sciences Documents*, 16, 2 (Ms. No. 2774).
- Leary, M. R. & Kowalski, R. M. (1993). The interaction Anxiousness Scale: construct and criterion-related validity. *Journal of Personality Assessment*, 61, 136–146.
- Levin, J. B., Marom, S., Gur, S., Wechter, D. & Hermesh, H. (2002). Psychometric properties and three proposed subscales of a self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale translated into Hebrew. *Depression and Anxiety*, 16, 143–151.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141–173.
- Lombardo, T. W. (1988). Marks and Mathews Fear Questionnaire. En M. Hersen y A. S. Bellack (Eds.), *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp. 293–294). Nueva York: Pergamon.
- Masia-Warner, C. L., Klein, R. G. & Liebowitz, M. R. (2002). *The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA)*. Available from Carrie L. Masia-Warner, Ph.D., New York University School of Medicine, Child Study Center, 215 Lexington Avenue, 13th floor, Nueva York, NY 10016.
- Masia-Warner, C. L., Storch, E. A. & Fisher, P. (2003). Avances recientes y nuevas directrices en la evaluación y tratamiento del trastorno de ansiedad social en jóvenes. *Psicología Conductual*, 11, 623–641.
- Masia-Warner, C. L., Storch, E. A., Pincus, D. B., Klein, R. G., Heimberg, R. G. & Liebowitz, M. R. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An Initial Psychometric Investigation. *Journal of American Academy Child and Adolescence Psychiatry*, 9, 1076–1084.
- Mattick, R. P. & Clarke, J. C. (1989). *Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety*. Inédito.
- Mattick, R. P. & Clarke, J. C. (1998). Developmental and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 36, 455–470.
- Mattick, R. P. & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251–260.
- Mattick, R. P., Peters, L. & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3–23.
- McNeil, D. W., Ries, B. J. & Turk, C. L. (1995). Behavioral assessment: self-report, physiology, and overt behavior. En: Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. & Schneier, F. R. (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 202–231). Nueva York: Guilford Press.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J. & Hidalgo, N. D. (1999). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público: Estudio con una muestra de alumnos de enseñanzas medias. *Psicothema*, 11, 65–74.

- Méndez, F. X., Inglés, C. J. & Hidalgo, N. D. (2004). La versión española abreviada del "Cuestionario de Confianza para Hablar en Público" (Personal Report of Confidence as Speaker): fiabilidad y validez en población adolescente. *Psicología Conductual*, *12*, 25–42.
- Miller, G. A. & Kozak, M. J. (1993). Three-systems assessment and the construct of emotion. En: Birbaumer, N. & Ohman (Eds.), *The structure of emotion* (pp. 31–47). Seattle, WA: Hogrefe y Huber.
- Montero, I. & León, G. O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, *2*, 503–508.
- Montero, I. & León, G. O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, *5*, 115–127.
- Norton, G. R., Cox, B. J., Hewitt, P. L. & McLeod, L. (1997). Personality factors associated with generalized and non-generalized social anxiety. *Personality and Individual Differences*, *22*, 655–660.
- Oei, T. P., Kenna, D. & Evans, L. (1991). The reliability, validity, and utility of the SAD and FNE scales for anxiety disorders patients. *Personality and Individual Differences*, *12*, 111–116.
- Olivares, J., Caballo, V. E., García-López, L. J., Rosa, A. & López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, *11*, 405–427.
- Olivares, J. & García-López, L. G. (1998). *Intervención en adolescentes con fobia social generalizada (IAFS)*. Diseño inicial. Manuscrito no publicado.
- Olivares, J., García-López, L. G. & Hidalgo, M. D. (2001). The Social Phobia Scale and the Social Interaction Anxiety Scale: Factor structure and reliability in a Spanish-speaking population. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *19*, 69–80.
- Olivares, J., García-López, L. G., Hidalgo, M. D. & Caballo, V. (2004). Relationships among social anxiety measures and their invariance. *European Journal of Psychological Assessment*, *20*, 172–179.
- Olivares, J., García-López, L. G., Hidalgo, M. D., Turner, S. M. & Beidel, D. C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and Validity in an adolescent Spanish population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *21*, 67–78.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. & Sánchez-García, R. (2004). "Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS)": estructura factorial y fiabilidad en una muestra de adolescentes entre 14 y 18 años. *Psicología Conductual*, *12*, 251–268.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Piqueras, J. A., Sánchez, X., Méndez, X. & García-López, L. J. (2002). Timidez y fobia social en niños y adolescentes: un campo emergente. *Psicología Conductual*, *10*, 523–542.
- Olivares, J., Rosa, A. I. & Sánchez, J. A. (2000). Meta-análisis de la eficacia de las habilidades de afrontamiento en problemas clínicos y de la salud en España. *Anuario de Psicología*, *31*, 43–61.
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M. D. & García-López, L. J. (1999). *An analyses of the factor structure of the Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A) in Spanish population*. Comunicación presentada en el I Iberoamerican Meeting of Clinical and Health Psychology. Granada, España.
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M. D., García-López, L. J., Rosa, A. I. & Piqueras, J. A. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a Spanish-speaking population. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, *5*, 85–97.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (CIE-10) (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Orsillo, S. M. (2001). Measures of social phobia. En: Antony, M. Orsillo, S. M. & Roemer, L. (Ed.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Osman, A., Markway, K. & Osman, J. R. (1992). Psychometric properties of the Social Interaction Self-Statement Test in a collage sample. *Psychological Reports*, *71*, 1171–1177.
- Paul, G. (1966). *Insight vs. Desensitization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Peréz, A. & Valenzuela, V. (1991). *Estandarización de la Escalas de Evitación y Ansiedad Social (SAD) y Temor a la Evaluación Negativa (FNE) y relación entre la ansiedad social y los comportamientos asertivo y agresivo*. Tesis doctoral no publicada. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Peters, L. (2000). Discriminant validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI), the Social Phobia Scale (SPS) and the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 943–950.
- Rachman, S. & Hodgson, R. (1974). I. Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, *12*, 311–318.
- Rapee, R. M., Brown, T. A., Antony, M. A. & Barlow, D. H. (1992). Response to hyperventilation and inhalation of 5,5% carbon dioxide-enriched air across the DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 538–552.
- Rapee, R. M., Sanderson, W. C. & Barlow, D. H. (1988). Social phobia features across the DSM-III anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *10*, 287–299.
- Ries, B. J., McNeil, D. W., Boone, M. L., Turk, C. L., Carter, L. E. & Heimberg, R. G. (1998). Assessment of contemporary social phobia verbal report instruments. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 983–994.
- Ruipérez, M. A., García-Palacios, A. & Botella, C. (2002). Clinical features and treatment response in social phobia: Axis II comorbidity and social phobia subtypes. *Psicothema*, *14*, 426–433.
- Ruiz, J., Olivares, J., Hidalgo, M. D. & García-López, L. J. (2000). *Propiedades psicométricas y otras cuestiones relativas al SAS-A*. Comunicación presentada en el XXX Congress of the European Association of Behavioral and Cognitive Therapies. Granada, España.
- Safren, S. A., Turk, C. L. & Heimberg, R. G. (1998). Factor structure of the Social Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 443–453.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (1999). Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, *13*, 253–270.
- Sanz, J. (1994). The Spanish version of the Interaction Anxiousness Scale: Psychometric properties and relationship with depression and cognitive factors. *European Journal of Psychological Assessment*, *10*, 129–135.
- Storch, E. A., Eisenberg, P. S. & Roberti, J. W. (2003). Reliability and validity of the Social Anxiety Scale for Children-Revised for Hispanic children. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, *25*, 410–422.
- Storch, E., Masia-Warner, C., Dent, H. C., Roberti, J. W. & Fisher, P. H. (2004). Psychometric evaluation of the Social Anxiety Scale for Adolescents and the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children: Construct validity and normative data. *Journal of Anxiety Disorders*, *18*, 665–679.
- Taylor, S., Woody, S., McLean, P. D. & Koch, W. J. (1997). Sensitivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia. *Assessment*, *1*, 181–191.
- Turner, S. M., Beidel, D., Dancu, C. V. & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, *1*, 35–40.
- Villa, H., Botella, C., Quero, S., Rueda, M. A. & Gallardo, M. (1998). *Propiedades psicométricas de dos medidas de autoinforme en fobia social: Miedo a la evaluación negativa (FNE) y Escala de evitación y ansiedad social (SADS)*. Comunicación presentada en el I Symposium Internacional sobre Fobias y otros Trastornos de Ansiedad. Granada: España.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*, 448–457.