

# Evaluación de la confiabilidad y la validez de un cuestionario breve de autoinforme para el diagnóstico de la fobia social

## Reliability and Validity of a Brief Self-Report Questionnaire for the Diagnosis of Social Phobia

Recibido: agosto 8 de 2007 | Revisado: abril 20 de 2008 | Aceptado: mayo 25 de 2008

CÉSAR ARMANDO REY-ANACONA\*  
DIANA CAROLINA MEJÍA  
CARLOS EDUARDO MONTOYA

Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia

### ABSTRACT

This investigation evaluated the reliability and validity of a brief self report questionnaire for the social phobia diagnosis (BSQ-SP), based upon the diagnostic criteria of the American Psychiatric Association (2002), with an intentional sample of 532 students of four private and one public universities of Bogotá (Colombia), aged 15 to 42 (average of 21.1 years) and coming from every socioeconomic strata. The reliability of the instrument was evaluated through of test-retest technique, with regards to content and construct validity. The statistical analysis of reliability carried out with 250 comparisons (Spearman) shows a highly significant positive correlation among the test-retest scores, while the analyses of the construct validity (Squared Chi, Tau-b of Kendall and Spearman) showed highly significant positive correlations between the diagnosis of social phobia and the scores considered high in the three mentioned instruments.

### Key words authors

Social Phobia, Diagnosis, Self Report, DSM IV TR.

### Key words plus

Self Report, Phobic Disorders-Diagnosis, Reproducibility of Results.

### RESUMEN

El objetivo fue evaluar la confiabilidad y la validez de un cuestionario breve de autoinforme dirigido al diagnóstico de la fobia social, basado en los criterios diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Americana (2002), para lo cual se contó con una muestra incidental de 532 estudiantes vinculados a cuatro universidades privadas y una pública de la ciudad de Bogotá (Colombia), entre 15 y 42 años de edad (media de 21.1 años) y todos los estratos socioeconómicos. La confiabilidad del instrumento se evaluó a través de la técnica test-retest y se valoró su validez de contenido y su validez de constructo. El análisis estadístico de la confiabilidad realizado con 250 comparaciones (Spearman), arrojó una correlación positiva altamente significativa entre las puntuaciones test-retest, mientras que los análisis de la validez de constructo (Chi Cuadrado, Tau-b de Kendall y Spearman) mostraron correlaciones positivas altamente significativas entre el diagnóstico de fobia social y la obtención de una puntuación considerada alta en los tres instrumentos mencionados.

### Palabras clave autores

Fobia social, diagnóstico, autoinforme, DSM IV TR.

### Palabras clave descriptores

Autoinforme, trastornos fóbicos-diagnóstico, reproducibilidad de resultados.

\* Correspondencia: Universidad Católica de Colombia, Facultad de Psicología, Cra.13 N° 47-49, Bogotá, D. C., Colombia.  
Correo electrónico: crey@ucatolica.edu.co.

La fobia social es un trastorno de ansiedad que consiste en un temor intenso y persistente a ser objeto de críticas negativas o a ser visto negativamente por parte de otras personas, en una o más situaciones sociales o actuaciones en público (Cervera, Roca & Bobes, 1998; Li, Chokka & Tibbo, 2001; Stein, Torgrud & Walker, 2000). De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana ([APA], 2002), este trastorno afecta entre un 3% y un 13% de la población y tiende a persistir durante toda la vida, aunque a veces desaparece total o parcialmente en el transcurso de la edad adulta. Sus efectos en el bienestar de los individuos generalmente son significativos, afectando seriamente su vida laboral, social y/o académica (Curtis, Kimball & Stroup, 2004; Overholser, 2002; Scott & Heimberg, 2000). Es común, así mismo, que se presente junto con otros trastornos mentales, en particular, los trastornos por abuso de sustancias, la depresión mayor y el trastorno de pánico (APA, 2002; Book & Randall, 2002; Swinson, 2005).

Debido a su incidencia y efectos, se han dedicado ingentes esfuerzos investigativos para desarrollar instrumentos dirigidos al diagnóstico de este trastorno, lo cual ha llevado a la creación de un conjunto importante de protocolos de entrevista estructurada y cuestionarios diagnósticos.

### *Protocolos de entrevista estructurada para el diagnóstico de la fobia social*

Estos instrumentos le permiten al clínico confirmar si el consultante presenta los criterios diagnósticos de la fobia social y de otros desórdenes mentales, con base en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Cuarta Edición [DSM IV] (APA, 1995) y/o de la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE] (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992). Los más representativos son: la "Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta", el "Plan de Entrevista para Desórdenes de Ansiedad para el DSM IV" y la "Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional".

La "Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta" [Composite Internacional Diagnostic In-

terview, CIDI] (OMS, 1997) es un instrumento estandarizado comprehensivo para la evaluación de los desórdenes mentales, basado en los dos manuales mencionados. Fue desarrollado para estudios epidemiológicos y transculturales, así como para su uso con propósitos clínicos y de investigación. La OMS exige un entrenamiento mínimo de 80 horas de instrucción teórica y práctica a los entrevistadores que utilizarán este instrumento. El "Plan de Entrevista para Desórdenes de Ansiedad para el DSM IV" [Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM IV, AIDS] (Brown, Di Nardo & Barlow, 1994; Di Nardo, Brown & Barlow, 1994), por su parte, permite realizar el diagnóstico de los trastornos de ansiedad contemplados en el DSM IV a través de entrevistas estructuradas, existiendo una versión para examinar la presencia de cada desorden a lo largo de la vida. La "Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional" [Mini Internacional Neuropsychiatric Interview, MINI] (Sheehan et al., 1998), finalmente, es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve (alrededor de 15 minutos), que explora de manera estandarizada cada uno de los criterios necesarios para el establecimiento de los diagnósticos principales contemplados tanto en la CIE 10 como en el DSM IV, considerando, obviamente, el diagnóstico de fobia social.

### *Cuestionarios de autoinforme de fobia social*

Los instrumentos anteriores basan el diagnóstico de fobia social en la información que un entrevistador previamente entrenado recolecta a través de una entrevista. Con el fin de realizar un diagnóstico más rápido y versátil de dicho trastorno, se han desarrollado varios cuestionarios de autoadministración, algunos de los cuales se basan en el DSM IV y otros en la obtención de una puntuación resultante de la evaluación de la severidad de los síntomas de ansiedad social, que se puede contrastar con puntuaciones normalizadas. A continuación se reseñan los más sobresalientes.

"Escala de Miedo a la Evaluación Negativa" [Fear to Negative Evaluation Scale, FNE] (Watson & Friend, 1969). Es un cuestionario de 30 ítems con

dos opciones de respuesta (sí o no), que tiene como objetivo evaluar el componente cognitivo de la ansiedad social y medir el grado en que la gente experimenta temor ante la posibilidad de ser juzgado negativamente por los demás.

*“Inventario de Ansiedad y Fobia Social”* [Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI] (Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989). Permite realizar un diagnóstico diferencial de la fobia social y de la agorafobia, para lo cual trae treinta y dos ítems dedicados al diagnóstico del primer trastorno y trece ítems destinados al diagnóstico del segundo.

*“Escala de Estrés y Evitación Social”* [Social Avoidance and Distress Scale, SAD] (Watson & Friend, 1969). Consta de 28 ítems con dos posibilidades de respuesta (verdadero o falso), la mitad de los cuales se refieren a la incomodidad producida por ciertas situaciones sociales y la otra mitad a la evitación activa o deseo de evitación de ese tipo de situaciones.

*“Escala de Fobia Social”* [Social Phobia Scale, SPS] (Liebowitz, 1987). Evalúa el miedo y el grado de evitación ante 24 situaciones sociales distintas. Para ello contiene una escala de cuatro opciones para evaluar el miedo (“Nada”, “Leve”, “Moderado” y “Severo”) y el grado de evitación (“Nunca”, “Ocasionalmente”, “Frecuentemente” y “Usualmente”) a las mismas.

*“Escala de Fobia Social”* [Social Phobia Scale, SPS] (Mattick & Clarke, 1998). Busca medir la ansiedad generada al realizar una actuación en público (por ejemplo, comer o beber en público), para lo cual presenta 20 ítems que se responden a través de una escala tipo Likert de cinco opciones. Mattick y Clarke (1989) también desarrollaron la “Escala de Ansiedad ante las Interacciones Sociales” [Social Interaction Anxiety Scale, SIAS], la cual mide las respuestas de ansiedad generadas por las situaciones sociales de tipo interactivo.

*“Escala de Ansiedad ante la Interacción”* [Interaction Anxiety Scale, IAS] (Leary, 1983). Mide la ansiedad ante situaciones sociales que precisan la retroalimentación de los demás, evaluando las respuestas cognitivas y psicofisiológicas, más no las motoras. Leary (1983) también desarrolló una escala para medir la ansiedad ante situaciones

sociales que involucran dirigirse a un auditorio, la cual también evalúa los dos tipos de respuesta de ansiedad señalados.

*“Inventario de Fobia Social”* [Social Phobia Inventory, SPIN] (Connor et al., 2000). Contempla 17 situaciones sociales y una escala de cinco opciones (“Nada”, “Un poco”, “Algo”, “Mucho” y “Extremo”) para ponderar qué tanta incomodidad generan dichas situaciones. Dentro de estas situaciones se contemplan varias en donde los demás podrían notar los síntomas fisiológicos propios de la ansiedad.

*“Escala de Fobia Social Breve”* [Brief Social Phobia Scale] (Davidson et al., 1991). Contempla siete situaciones sociales fóbicas comunes que se ponderan con base en el miedo que generan y el grado de evitación de las mismas. Para ello cuenta con una escala de cinco opciones para evaluar tanto el miedo (“Nada”, “Leve”, “Moderado”, “Grave” y “Extremo”) como la evitación (“Nunca”, “Rara vez”, “A veces”, “Frecuentemente” y “Siempre”). También examina si la persona en cuestión presenta cuatro manifestaciones fisiológicas de ansiedad típicas de la fobia social, ante las situaciones sociales mencionadas, ponderando la intensidad de tales manifestaciones con base en la misma escala de cinco opciones utilizada para evaluar el miedo.

*“Cuestionario de Cribado de Ansiedad Social”* [Social Anxiety Screening Questionnaire, SPS-Q] (Furmark et al., 1999). Es un cuestionario basado en los criterios del DSM IV para el diagnóstico de la fobia social, que se desarrolló con el fin de realizar un estudio de prevalencia de dicho trastorno en Suecia. Examina, en primera instancia, si la persona le teme a 14 situaciones sociales potencialmente fóbicas, por medio de dos opciones de respuesta (falso-verdadero). Luego explora el cumplimiento de los criterios del A al D del mencionado manual, con base en preguntas con el mismo formato de respuesta y examina el deterioro ocasionado por el o los temores en cuestión, en las áreas ocupacional/académica, tiempo libre y social (criterio E), a través de una escala numérica de 0 a 3, donde 0 es mínimo y 3 máximo.

Si bien estos cuestionarios constituyen esfuerzos respetables y han sido utilizados ampliamente

en la investigación y la práctica clínica, tienen la desventaja de que dejan de abordar uno o más aspectos cruciales de la fobia social. El FNE y SAD (Watson & Friend, 1969) por ejemplo, evalúan el componente de temor a la evaluación negativa y el de evitación, respectivamente, pero no examinan el deterioro generado por la(s) situación(es) fóbica(s) en cuestión. Otros, como la SPS de Liebowitz (1987), la SPS de Mattick y Clarke (1998), la IAS (Leary, 1983), la SIAS (Mattick & Clarke, 1998) y la SPAI (Turner et al., 1989), examinan el temor y/o la evitación que provocan diferentes situaciones sociales potencialmente fóbicas, pero no evalúan tampoco el grado de deterioro que éstas generan en los distintos ámbitos vitales. Tal vez el cuestionario diagnóstico de fobia social de autoadministración más completo, es el SPS-Q (Furmark et al., 1999), ya que no solo permite ponderar dicho deterioro, sino todos los aspectos básicos definitorios de la fobia social (la respuesta de ansiedad, la percepción del temor como excesiva o irracional y la evitación o la experimentación a costa de una gran ansiedad). Sin embargo, no permite evaluar si la sintomatología se debe a otro trastorno, al efecto de una sustancia psicoactiva o a una enfermedad biomédica (es decir, los criterios G y H del DSM IV, APA, 1995).

Por lo anterior, esta investigación se planteó como *objetivo* evaluar la confiabilidad y la validez de un cuestionario breve de autoinforme dirigido al diagnóstico de la fobia social, desarrollado con base en los criterios de la Cuarta Edición Texto Revisado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR, APA, 2002). De esta forma se buscó crear un instrumento que pudiera administrarse de manera ágil y rápida al mismo individuo, pero que sorteara las carencias de los anteriores instrumentos del mismo tipo desarrollados previamente.

## Método

### *Participantes*

En total participaron 532 estudiantes universitarios, 286 (53.8%) varones y 243 (45.7%) mujeres

(tres participantes no informaron su género), entre 15 y 42 años de edad y un promedio de edades de 21.1 años. Estos estudiantes estaban vinculados a cinco universidades de la ciudad de Bogotá, Colombia, cuatro privadas (398 en total, el 74.81% de la muestra) y una pública (134 en total, 25.18%) y vivían en barrios pertenecientes a todos los estratos socioeconómicos, distribuyéndose de la siguiente manera: a) estrato uno: 1.7% de la muestra (9 estudiantes); b) estrato dos: 20.1% de la muestra (107 estudiantes); c) estrato tres: 55.1% (293 estudiantes) (d) estrato cuatro: 16.5% (88 estudiantes); e) estrato cinco: 2.4% (13 estudiantes) y f) estrato seis: .4% (2 estudiantes) –20 estudiantes (3.8%) no informaron el estrato de su lugar de vivienda-. Las carreras que estaban llevando a cabo dichos estudiantes eran las siguientes: Administración y Gestión Ambiental, Arquitectura, Contaduría Pública, Derecho, Diseño Industrial, Economía, Ingeniería Industrial, Ingeniería en Control e Instrumentación Electrónica, Ingeniería de Sistemas, Ingeniería Ambiental, Ingeniería Civil, Ingeniería Electromecánica, Ingeniería Electrónica y de Telecomunicaciones, Licenciatura en Física, Licenciatura en Inglés y Tecnología en Electricidad.

### *Instrumentos*

*Cuestionario breve de autoinforme para el diagnóstico de fobia social (Brief Self-report Questionnaire for Social Phobia, BSQ-SP)*. Fue el instrumento desarrollado en esta investigación y sus características de describirán en el apartado de procedimiento.

*Escala de Estrés y Evitación Social ([SAD] Watson & Friend, 1969)*. Consta de 28 ítems con dos posibilidades de respuesta (verdadero o falso), la mitad de los cuales se refieren a la incomodidad que producen ciertas situaciones sociales y la otra mitad a la evitación activa o deseo de evitación de este tipo de situaciones. Ha sido utilizada ampliamente tanto en la investigación como en la práctica clínica (García-López, Olivares & Vera-Villarreal, 2003). Riso, Pérez, Roldán y Ferrer (1988) la aplicaron a 350 hombres y mujeres entre los 25 y los 35 años oriundos de Medellín, Colombia, encuentran-

do una consistencia interna de 0.86, de acuerdo con la prueba alfa de Cronbach.

*Escala de Miedo a la Evaluación Negativa* ([FED] Watson & Friend, 1969). Esta escala contiene 30 ítems con dos opciones de respuesta (sí o no) y tiene como objetivo evaluar el componente cognitivo de la ansiedad social y medir el grado en que la gente experimenta temor ante la posibilidad de ser juzgado negativamente por los demás. También ha sido utilizada ampliamente en la investigación clínica (García-López, Olivares & Vera-Villarreal, 2003). Riso, Pérez, Roldán y Ferrer (1988), encontraron un valor alfa de Cronbach de 0.86, al aplicar el instrumento en la muestra mencionada previamente.

*Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* ([IDARE Rasgo] Spielberg, Gorsuch & Lushene, 1982). Este cuestionario examina la ansiedad en el momento de la aplicación de la prueba y como una característica estable de la personalidad del individuo. Consta de 40 ítems, 20 de los cuales evalúan la ansiedad como estado y 20 la ansiedad como rasgo. En esta investigación se utilizó la parte que evalúa la ansiedad como rasgo.

*Protocolo de validación por jueces expertos.* Se desarrolló en esta investigación con el fin de evaluar la validez de contenido del “Cuestionario breve de autoinforme para el diagnóstico de fobia social” por parte de jueces expertos. Presenta cada uno de los criterios diagnósticos de fobia social del DSM IV TR (APA, 2002), junto con los ítems respectivos del cuestionario diagnóstico que pretenden verificar su cumplimiento. Con este protocolo también se evaluaba la redacción y la claridad de las instrucciones e ítems del cuestionario diagnóstico, el cual se adjuntaba en su totalidad, junto con los criterios diagnósticos de fobia social tal como aparecen en el DSM IV TR.

### **Procedimiento**

Esta investigación abarcó seis fases en total:

*Fase de construcción del cuestionario.* El cuestionario se construyó con base en los criterios para el diagnóstico de fobia social (F40.1) del DSM

IV TR (APA, 2002), presentando las siguientes características (véase el Apéndice):

1. Solicita los datos sociodemográficos fundamentales de quien lo contesta (edad, ocupación, sexo, nivel educativo y estrato socioeconómico de su lugar de vivienda).
2. Examina la presencia de temor ante las situaciones sociales potencialmente fóbicas más comunes (véase el ítem AB1, numerales 1 a 43). Para determinar estas situaciones se revisaron los ítems de los instrumentos más importantes desarrollados previamente, a saber: La “Escala de Fobia Social” [*Social Phobia Scale*, SPS] de Liebowitz (1987); la “Escala de Fobia Social” [SPS] de Mattick y Clarke (1998); la “Escala de Ansiedad ante la Interacción” [*Interaction Anxiety Scale*, IAS] (Leary, 1983); la “Escala de Ansiedad ante las Interacciones Sociales” [*Social Interaction Anxiety Scale*, SIAS] (Mattick & Clarke, 1998); el “Inventario de Ansiedad y Fobia Social” [*Social Phobia and Anxiety Inventory*, SPAI] (Turner Beidel, Dancu & Stanley, 1989); El “Inventario de Fobia Social” [*Social Phobia Inventory*, SPIN] (Connor et al., 2000); el “Cuestionario de Cribado de Ansiedad Social” [*Social Anxiety Screening Questionnaire*, SPS-Q] (Furmark et al., 1999); la “Escala de Miedo a la Evaluación Negativa” [*Fear to Negative Evaluation Scale*, FNE] (Watson & Friend, 1969); la “Escala de Estrés y Evitación Social” [*Social Avoidance and Distress Scale*, SAD] (Watson & Friend, 1969) y La “Escala de Fobia Social Breve” [*Brief Social Phobia Scale*] (Davidson et al., 1991).

El cuestionario también cuenta con varias categorías de respuesta abierta, para que la persona que lo contesta reporte otras situaciones sociales a las que les teme, no contempladas anteriormente (ítem AB1, numerales 44 a 50).

Con estas preguntas, el instrumento busca determinar el cumplimiento de los criterios A y B del DSM IV TR, es decir, la presencia de una respuesta invariable de ansiedad cuando el individuo sabe que tiene que afrontar una o más situaciones sociales (ítem AB1), en las

cuales siente que realizará algo ridículo, que se equivocará o que actuará de manera errónea (ítem AB2).

3. Examina el cumplimiento de los demás criterios del manual citado, a saber: a) el criterio C, es decir, la consideración del temor como algo excesivo o irracional (ítem C); b) el criterio D, o sea, la evitación de la(s) situación(es) fóbica(s) o su afrontamiento a costa de una gran ansiedad (ítems D1 y D2); c) el criterio E, es decir, la interferencia clínicamente significativa de dicho temor en alguna área importante de la vida del individuo (ítems E1 a E5) o su manifestación como un malestar clínicamente significativo (ítem E6) y d) los criterios G y H, o sea, los dirigidos a descartar que el temor se debe al efecto de una sustancia, a una enfermedad física o a otro trastorno mental (ítems GH1 a GH4).

Para construir los ítems dirigidos a corroborar el criterio E (es decir, la interferencia clínicamente significativa de dicho temor en alguna área importante de la vida del individuo), se revisaron los ítems del "Inventario de Discapacidad de Sheehan" (Sheehan, 1983), traducidos por Bobes et al. (1999).

4. Pregunta por la duración del cuadro sintomático (ítem F), con el fin de poder realizar el diagnóstico en personas menores de dieciocho años de edad (criterio F). Para construir este ítem se revisó el "Plan de Entrevista para Desórdenes de Ansiedad para el DSM IV" (Brown, Di Nardo & Barlow, 1994; Di Nardo, Brown & Barlow, 1994).

Para la construcción del cuestionario en su totalidad se tuvo en cuenta la estructura y el contenido del SPS-Q (Furmark et al., 1999), debido a que la revisión del estado del arte mostraba que era el cuestionario diagnóstico de autoinforme más completo desarrollado hasta el momento.

*Fase de validación de contenido.* El cuestionario fue remitido a cuatro jueces, quienes lo evaluaron con base en el "Protocolo de validación por jueces expertos". Los jurados eran psicólogos y

profesores universitarios, que tenían experiencia investigativa en trastornos de ansiedad. Dos de ellos (un varón y una mujer) contaban con título de Doctor y los otros dos (varón y mujer) tenían título de Magíster.

*Fase de administración pre-prueba del instrumento.* Una vez corregido el instrumento, a la luz de las observaciones y sugerencias hechas por los expertos, se aplicó a una muestra de 15 estudiantes de una universidad privada, 10 mujeres y 5 varones, entre 19 y 25 años de edad y un promedio de edades de 21 años y de los estratos socioeconómicos uno (13.3%), tres (46.6%), cuatro (20%) y cinco (6.6%). El objetivo de esta aplicación fue realizar los últimos correctivos en la redacción, el lenguaje y el estilo del cuestionario diagnóstico y determinar el tiempo promedio de contestación del mismo. Con base en esta pre-prueba, se realizaron los siguientes ajustes: a) se cambió la frase "¡Si nada contestó en las preguntas anteriores puede detenerse aquí!", por la frase "Si usted señaló cualquiera de las situaciones que aparecen del punto 1 al 50, puede continuar respondiendo las preguntas de este cuestionario. Si no lo hizo, puede detenerse aquí" y b) se unió con puntos cada una de las frases del ítem AB1, con el espacio destinado para marcarla con una "X", para facilitar su contestación.

*Fase de entrenamiento de auxiliares.* Antes de administrar los instrumentos, se realizó un entrenamiento a las personas que los aplicaron (17 en total) tanto en su administración, como en su corrección y en la incorporación de los datos resultantes en la base de datos respectiva. Estas personas eran trece estudiantes de sexto (jornada diurna) y séptimo semestre de la carrera de Psicología (jornada nocturna), que aceptaron colaborar voluntariamente como auxiliares en esta investigación, como parte de las actividades formativas de la asignatura "Psicología anormal y diferencial" y tres estudiantes de los últimos semestres de dicha carrera, vinculados a la investigación a través de la modalidad de trabajo de grado llamada "auxiliar de investigación".

El entrenamiento mencionado involucró las siguientes actividades:

1. Capacitación teórica en los aspectos conceptuales, teóricos y empíricos fundamentales de la fobia social y el temor a hablar en público, sus características asociadas, comorbilidad, evaluación y tratamiento. Para ello dichas personas realizaron varias lecturas que fueron evaluadas por el director de la investigación.
2. Conocimiento del cuestionario diagnóstico y sus pautas diagnósticas, autoadministración y administración a personas voluntarias, modelamiento de su aplicación y ensayos de conducta retroalimentados grupalmente.
3. Entrenamiento en las normas éticas fundamentales contempladas en la investigación (v.g.: anonimato, confidencialidad, consentimiento informado, libertad para retirarse voluntariamente e independencia de la investigación en relación con la institución educativa en la que estaba vinculado el estudiante). Para ello se llevó a cabo una clase teórica y ensayos conductuales retroalimentados grupalmente.
4. Capacitación teóricopráctica para la incorporación de los datos en la base de datos correspondiente (la incorporación de estos datos fue revisada posteriormente por los tres auxiliares de últimos semestres).

*Fase de aplicación del cuestionario.* Los 17 auxiliares aplicaron los instrumentos en parejas, en donde un miembro de la misma se encargaba de la aplicación y el otro lo asistía en la misma y luego cambiaban los roles en otra aplicación.

Las aplicaciones se realizaron grupalmente en los salones en los que los participantes tenían clase, solicitándose previamente su consentimiento informado para participar en esta fase investigativa. Para ello se les informó el objetivo y la justificación de la investigación, así como el procedimiento de aplicación de los instrumentos, destacándose la total independencia de la investigación con respecto a su proceso educativo. También se les informó que la contestación a los instrumentos era anónima, que los cuestionarios diligenciados se mantendrían con la debida confidencialidad del caso y que contarían con un correo electrónico para solicitar los resultados obtenidos en su caso

particular o cualquier otra información que considerasen importante. Es importante resaltar que para evitar la reactividad en la contestación de los cuestionarios, no se informó a los participantes el objetivo de la investigación tal como aparece en este artículo, sino que se les informó que la investigación buscaba profundizar en el conocimiento de las relaciones interpersonales de los estudiantes universitarios de Bogotá.

El cuestionario se aplicó, junto con los tres instrumentos dirigidos a evaluar su validez de constructo, a un total de 540 estudiantes universitarios. De estas aplicaciones, ocho fueron rechazadas debido a que el cuestionario no fue contestado debidamente.

Con el fin de valorar la confiabilidad del cuestionario a través de la técnica test-retest, se codificó la ausencia de fobia social con 1 y su presencia con 2 y se aplicó en dos momentos distintos, distanciados por lo menos quince días y máximo veinte y se acordó con los participantes dos fechas distintas de aplicación, separadas según dicho periodo. Además, se utilizó una etiqueta adhesiva rotulada con un número, con el fin de identificar tanto la aplicación a nivel de test como su correspondiente aplicación a nivel de retest. En total, se aplicaron 269 cuestionarios a nivel retest, de los cuales 13 se rechazaron porque no se determinó a qué número correspondían a nivel de test.

Para evaluar la validez de constructo del cuestionario, por otra parte, se aplicó junto con tres instrumentos que miden variables relacionadas con la fobia social, según Allen y Page (2005), Buela-Casal y Sierra (2001) y Cía (2004), entre otros. Estas variables y sus respectivos instrumentos son: a) la evitación de las situaciones sociales, evaluada a través de la "Escala de Estrés y Evitación Social" [*Social Avoidance and Distress Scale, SAD*] (Watson & Friend, 1969); b) el miedo a la evaluación negativa, el cual se midió a través de la "Escala de Miedo a la Evaluación Negativa" [*Fear to Negative Evaluation Scale, FNE*] (Watson & Friend, 1969) y c) la ansiedad de rasgo, la cual se midió por medio de la escala que mide esta variable del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberg, Gorsuch & Lushene, 1982). Debe destacarse que

se contaba con versiones previamente adaptadas al castellano de estos instrumentos, los cuales han sido utilizados ampliamente en la investigación y la práctica clínica.

Para determinar la validez del instrumento, desde el punto de vista del constructo, se evaluó la correlación entre la presencia de fobia social, a la luz del cuestionario y la obtención de una puntuación alta en los tres instrumentos en mención, para lo cual se consideró como tal, el puntaje igual o superior al percentil 75. Para ello se utilizó la misma codificación de la ausencia y presencia de fobia social expuesta anteriormente (1 y 2, respectivamente) y se codificó la puntuación en los otros instrumentos con un 1, si dicha puntuación era inferior al percentil 75 y con un 2 si era igual o superior a dicho percentil (IDARE Rasgo: <sup>3</sup> 47; SAD: <sup>3</sup> 14 y FNE: <sup>3</sup> 19). Adicionalmente, se evaluó el grado de correlación entre la ausencia o presencia de fobia social (1 ó 2, respectivamente) y la puntuación bruta obtenida en los tres instrumentos mencionados.

*Fase de análisis estadísticos.* Con el fin de evaluar la confiabilidad del instrumento mediante la técnica *test-retest*, se utilizó la prueba de correlación de *Spearman* (la cual se utiliza con variables ordinales), mientras que su validez de constructo se evaluó mediante la prueba Chi Cuadrado (la cual se utiliza con variables nominales) y las pruebas Tau-b de Kendall y de correlación de *Spearman* (variables ordinales).

Adicionalmente, se evaluó la consistencia interna de los tres instrumentos psicométricos mediante la prueba Alfa de Cronbach y las correlaciones existentes entre dichos instrumentos a nivel de test, con la prueba de correlación de *Pearson* (variables continuas).

## Resultados

Del total de 532 participantes que contestaron el cuestionario a nivel de test, el 10.3% (55 participantes) cumplía los criterios diagnósticos de fobia social del DSM IV TR (APA, 2002) –de acuerdo con el cuestionario diagnóstico–, mientras que el

restante 89.7% no (477 participantes). De los 55 participantes que cumplían con dichos criterios, 21 (38.18%) eran varones, mientras que 33 eran mujeres (61.81%) –uno de estos participantes no reportó su género–, mientras que de los 477 que no cumplían dichos criterios, 265 (55.6%) eran varones y 210 (44%) mujeres (dos de estos participantes no informaron su género). Así mismo, de los 250 participantes que contestaron el cuestionario a nivel de retest, 22 (8.8%) cumplía los criterios diagnósticos de fobia social, mientras que los 228 restantes no (91.2%). A su vez, de los 22 participantes que cumplieron dichos criterios, 12 (54.5%) eran varones y los restantes 10 (45.5%) eran mujeres, en tanto que de los 228 que no los cumplieron, 136 (59.6%) eran varones y 91 (39.9%) mujeres (uno de estos participantes no informó su género en el test).

La media de situaciones sociales potencialmente fóbicas informadas por los 55 participantes con diagnóstico de fobia social a nivel de test, fue de 16.93 (desviación típica de 6.91), mientras que la media de dichas situaciones para los 477 participantes sin diagnóstico de fobia social a nivel de test, fue de 11.42 (desviación típica de 6.0). La aplicación adicional de la prueba ANOVA de un factor, tomando como variable dependiente dicho número de situaciones y como factor el diagnóstico de fobia social (ausencia-presencia), mostró que existía una diferencia estadísticamente significativa entre estas dos medias ( $F = 40.170$ ,  $p = 0.000$ ).

La aplicación de la prueba de correlación de *Spearman* entre el diagnóstico obtenido a nivel de test y el alcanzado a nivel retest (250 comparaciones en total), mostró una correlación positiva altamente significativa entre los dos diagnósticos ( $Rho$  de *Spearman* = 0.505,  $p^3$  0.001, bilateral), con un total de 227 (90.8%) diagnósticos concordantes y 23 (9.2%) no concordantes.

Por su parte, las aplicaciones de las pruebas de correlación Chi Cuadrado, Tau-b de Kendall y *Spearman*, entre la ausencia-presencia de fobia social, según el cuestionario diagnóstico y la puntuación considerada baja (menor al percentil 75) o alta (igual o superior al percentil 75) en los tres ins-



trumentos psicométricos utilizados (IDARE Rasgo, SAD y FNE), generaron correlaciones positivas altamente significativas (al nivel de  $p = 0.001$ ) que indican un alto grado de relación entre la ausencia de dicho diagnóstico y la consecución de una puntuación baja en dichos instrumentos y viceversa (véase la Tabla 1). Así, con la SAD se alcanzó un valor Chi Cuadrado = 19.130 ( $p = 0.000$ ), Tau-b de Kendall = 0.190 ( $p = 0.000$ ) y Rho de Spearman = 0.190 ( $p = 0.000$ ); con la FNE se obtuvo un valor Chi Cuadrado = 19.420 ( $p = 0.000$ ), Tau-b de Kendall = 0.191 ( $p = 0.000$ ) y Rho de Spearman = 0.191 ( $p = 0.000$ ) y con el IDARE Rasgo se alcanzó un valor Chi Cuadrado = 33.547 ( $p = 0.000$ ), Tau-b de Kendall = 0.252 ( $p = 0.000$ ) y Rho de Spearman = 0.252 ( $p = 0.000$ ).

Por otra parte, las pruebas de correlación realizadas (fórmula de Pearson) entre las puntuaciones obtenidas con los tres instrumentos psicométricos utilizados (a nivel de test, véase la Tabla 2), arrojaron correlaciones altamente significativas (al nivel de  $p$

= 0.001) entre los tres instrumentos (SAD-FNE:  $r$  de Pearson = 0.270,  $p = 0.000$ ; SAD-IDARE Rasgo:  $r$  de Pearson = 0.390,  $p = 0.000$  y FNE-IDARE Rasgo:  $r$  de Pearson = 0.542,  $p = 0.000$ ). El valor alfa de Cronbach obtenido con dichos instrumentos fue: SAD: alfa = 0.0853; FNE: alfa = 0.5859 e IDARE Rasgo: alfa = 0.4817.

## Discusión

La consecución de una correlación positiva altamente significativa entre el diagnóstico obtenido por 250 participantes a nivel de test y su diagnóstico a nivel retest (con quince días de diferencia), así como el alto número de diagnósticos concordantes (90.8%), indican que el cuestionario breve de autoinforme para el diagnóstico de fobia social puede arrojar un diagnóstico confiable de dicho trastorno. El restante número de diagnósticos discordantes (9.2%) indica que la administración de

**TABLA 1**

Correlaciones entre la ausencia-presencia de fobia social y las puntuaciones bajas-altas obtenidas en SAD, FNE e IDARE Rasgo

Prueba estadística	SAD		FNE		IDARE Rasgo	
	Valor	Sig.	Valor	Sig.	Valor	Sig.
Chi cuadrado	19.42**	0.00	19.13**	0.00	33.54**	0.00
Tau b Kendall	0.19**	0.00	0.19**	0.00	0.25**	0.00
Rho de Spearman	0.19**	0.00	0.19**	0.00	0.25**	0.00

\*\*  $p < 0.001$  (bilateral).

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 2**

Correlaciones entre las puntuaciones obtenidas con los instrumentos SAD, FNE e IDARE Rasgo (fórmula de Pearson,  $n = 532$ )

	SAD		FNE		IDARE Rasgo	
	Valor	Sig.	Valor	Sig.	Valor	Sig.
SAD	----	----	0.27**	0.00	0.39**	0.00
FNE	0.27**	0.00	----	----	0.54**	0.00
IDARE Rasgo	0.39**	0.00	0.54**	0.00	----	----

\*\*  $p < 0.001$  (bilateral).

Fuente: elaboración propia.

este instrumento en la práctica clínica, debe evitar variables extrañas que pudieron haber afectado los resultados de esta investigación, como el estado físico y emocional del individuo en el momento de la aplicación (cansancio, tener prisa por un compromiso posterior, etc.), la presencia de otras personas durante la misma (la administración fue grupal) y las condiciones ambientales existentes durante dicha aplicación. Evidentemente, en ninguna circunstancia se debe fundamentar el diagnóstico de fobia social solamente con base en los resultados obtenidos con este instrumento.

No obstante los resultados positivos obtenidos en relación con la confiabilidad del instrumento, es conveniente confirmar dicha confiabilidad con estudios posteriores en los que se realicen comparaciones test-retest con periodos mayores de tiempo (por ejemplo, dos, seis o doce meses), toda vez que la fobia social tiende a ser estable y persistente (APA, 2002).

Por otra parte, las correlaciones positivas altamente significativas encontradas entre la ausencia-presencia de fobia social y la puntuación baja-alta obtenidas a través de la Escala de Estrés y Evitación Social (SAD), la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) y el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo en la parte que evalúa el rasgo (IDARE Rasgo), conseguidas tanto con una prueba estadística nominal, como con dos pruebas estadísticas ordinales, muestran claramente que el cuestionario examina la presencia de la fobia social, según los criterios diagnósticos del DSM IV TR (APA, 2002), no sólo por su ceñimiento a dichos criterios, sino porque la evitación social, el miedo a la evaluación negativa y la tendencia a la ansiedad son dos características propias de personas con dicho trastorno (Allen & Page, 2005; Buela-Casal & Sierra 2001; Cía, 2004). A su vez, estos resultados confirman que la fobia social está íntimamente relacionada con estas variables y que, por lo tanto, las personas con dicho diagnóstico podrían presentar un alto grado de evitación social, miedo a la evaluación negativa y tendencia a la ansiedad. Un análisis posterior de los datos arrojados por esta investigación, podría determinar, en ese sentido, la correlación existente entre el número de situa-

ciones sociales potencialmente fóbicas reportadas y las puntuaciones alcanzadas en los instrumentos en mención, en las personas con diagnóstico positivo, ya que, teóricamente, debería observarse una correlación positiva estadísticamente significativa entre dicho número y las variables evaluadas por dichos instrumentos.

A su vez, las altas correlaciones que se encontraron entre las puntuaciones alcanzadas a través de la SAD, la FNE y el IDARE Rasgo, indican que estas tres variables están teóricamente relacionadas y que, por lo tanto, entre más evitación social presente una persona, mayor temor a la evaluación negativa exhibirá (y viceversa) y que entre más ansiosa es, mayor su tendencia a la evitación social (y viceversa) y mayor su miedo a la evaluación negativa (y viceversa). Obviamente estas pruebas de correlación no permiten determinar cuáles de estas variables son causales de las otras, pero es previsible que la ansiedad como rasgo favorezca el temor a la evaluación negativa, el cual, a su vez, conduzca a la evitación social. Los datos clínicos y los estudios de tipo experimental probablemente ayudarán a dilucidar esta relación causal.

Por constituir los cuestionarios de autoinforme y los protocolos de entrevista estructurada, los instrumentos más utilizados en la evaluación clínica de la fobia social, en comparación con las observaciones conductuales y los registros psicofisiológicos (Salaberría, 1996), se espera que el instrumento desarrollado en esta investigación constituya un aporte al "armamentarium" de instrumentos para diagnosticar dicho trastorno, que cuentan con datos favorables sobre su confiabilidad y validez. Debido a que este instrumento recolecta información de cada uno de los criterios diagnósticos de fobia social del DSM IV TR (APA, 2002), se espera, así mismo, que pueda proporcionar información valiosa para el clínico, sobre el tipo y número de situaciones sociales fóbicas que presenta el individuo, las áreas vitales afectadas y la posible presencia de otros trastornos mentales, entre otros aspectos.

Hacia el futuro es deseable que el instrumento sea sometido a una validación concurrente, aplicándolo junto con un cuestionario diagnóstico validado previamente con una muestra de la misma

población y que se evalúe su capacidad para determinar la presencia de fobia social generalizada, con base en el número de situaciones sociales potencialmente fóbicas informadas por el individuo, una de las posibilidades de este cuestionario.

Por otra parte, es importante resaltar que la prevalencia de fobia social encontrada en la muestra de participantes a nivel de test (10.3%), se encuentra dentro del rango de prevalencia en la población general reportado por la APA (2002) –entre 3% y 13%– y duplica la prevalencia de 5.1% encontrado en la población colombiana, según el Estudio Nacional sobre Salud Mental realizado en el año 2003 (Ministerio de Protección Social, 2004). Ello indica que la población estudiantil en Colombia podría estar en mayor riesgo de desarrollar fobia social que la población general, probablemente por la edad y las diversas y demandantes situaciones que se presentan en el medio académico.

## Referencias

- Allen, K. L. & Page, A. C. (2005). Performance-related beliefs in social phobia: Why social phobics perceive performance requirements as exceeding their abilities. *Behaviour Change*, 22(1), 1-12.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición*. Madrid: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición Texto Revisado*. Madrid: Masson.
- 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., Bascarán, M., 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 Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112, 530-538.
- Book, S. & Randall, C. (2002). Social anxiety disorder and alcohol use. *Alcohol Research and Health*, 26(2), 130-136.
- Brown, T., Di Nardo, P. & Barlow, D. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM: Clinician's Manual*. USA: Library of Congress.
- Buela-Casal, G. & Sierra, J. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cervera, S. E., Roca, M. B. & Bobes, J. G. (1998). *Fobia social*. Barcelona: Masson.
- Cía, A. H. (2004). *Trastorno de ansiedad: Manual diagnóstico, terapéutico y de ayuda*. Buenos Aires: Polemos.
- Connor, K., Davidson, J., Churchill, L., Sherwood, A., Weisler, R. & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *The British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Curtis, R. C., Kimball, A. & Stroup, E. L. (2004). Understanding and treating social phobia. *Journal of Counseling and Development*, 82(1), 3-9.
- Davidson, J. R., Potts N. L., Richichi, E. A., Ford, S. M., Krishnan, K. R., Smith, R. D. & Wilson, W. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 48-51.
- Di Nardo, P., Brown, P. & Barlow, D. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM: Lifetime Version (AIDS-IV-L)*. USA: Library of Congress.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P., Marteinsdottir, I., Gefvert, O. & Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: Prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(8), 416-424.
- García-López, L., Olivares, J. & Vera-Villaruel, P. (2003). Fobia social: revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 151-160.
- Leary, M. R. (1983). Social anxiousness: The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment*, 47, 66-75.
- Li, D., Chokka, P. & Tibbo, P. (2001). Toward an integrative understanding of social phobia. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 26(3), 190-203.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Moderns problems of pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Mattick, R. P. & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny

- fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Organización Mundial de la Salud-OMS (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud-OMS (1997). *Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI): Versión Medular 2.1*. Ginebra: Autor.
- Overholser, J. C. (2002). Cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(2-3), 125-144.
- Riso, W., Pérez, G. M., Roldán, L. & Ferrer, A. (1988). Diferencias en ansiedad social, creencias irracionales y variables de personalidad, en sujetos altos y bajos en asertividad (tanto en oposición como en afecto). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(3), 391-400.
- Salaberría, K. (1996). Evaluación de la fobia social. En E. Echeburúa (Dir.), *Evaluación y tratamiento de la fobia social* (pp. 26-27). Barcelona: Martínez Roca.
- Scott, E. & Heimberg, R. (2000). Social phobia: An update of treatment. *Psychiatric Annals*, 30(11), 678-686.
- Sheehan, D. V. (1983). *The anxiety disease*. New York: Scriber.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Spielberg, Ch., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo* (3ª ed.). Madrid: TEA.
- Stein, M. B., Torgrud, L. J. & Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community survey. *Archives of General Psychiatry*, 57(11), 1046-1053.
- Swinson R, P. (2005). Social anxiety disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6), 305-307.
- Turner, S., Beidel, D., Dancu, C. & Stanley, M. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The social phobia and anxiety inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.

## Apéndice

### *Cuestionario de situaciones sociales*

Nombre \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Sexo M \_\_\_ F \_\_\_ Estrato socioeconómico del lugar de vivienda \_\_\_\_\_  
 Nivel educativo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### *Presentación*

La información que usted proporcionará en este cuestionario será manejada con absoluta discreción y confidencialidad. Por favor respóndalo con toda sinceridad.

### *Instrucciones*

A1. A continuación encontrará varias frases que se refieren a situaciones en las que uno debe tratar a otras personas (por ejemplo, pedir un favor, preguntarle algo a alguien, etc.) o hacer algo frente a ellas (por ejemplo, comer en un restaurante, caminar en un lugar público, etc.). Por favor señale con una "X" aquellas situaciones que a usted LA MAYORÍA DE LAS VECES le producen nerviosismo, temor o preocupación.

1. Preguntar algo frente a un grupo de personas desconocidas (por ejemplo, en un salón de clases, en una reunión de trabajo, en la calle, etc.).....
2. Expresar una opinión frente a un grupo de personas desconocidas (por ejemplo, en un salón de clases, en una reunión de trabajo, en la calle, etc.) .....
3. Expresar una opinión o contarle algo a una persona desconocida.....
4. Expresar una opinión o contarle algo a una persona conocida.....
5. Realizar una exposición ante un auditorio (por ejemplo, en un salón de clases, en una sala de juntas, etc.) .....
6. Pedir un favor a una persona desconocida.....
7. Pedir un favor a una persona conocida.....
8. Saludar a una persona desconocida.....
9. Saludar a una persona conocida.....
10. Saludar a un grupo de personas.....
11. Solicitar una información a una persona desconocida.....
12. Solicitar una información a una persona conocida.....
13. Iniciar una conversación con una persona desconocida.....
14. Iniciar una conversación con una persona conocida.....
15. Entrar en un lugar lleno de gente y que se den cuenta que usted va a entrar.....
16. Salir de un lugar lleno de gente y que se den cuenta que usted va a salir.....
17. Comer o beber frente a otros (por ejemplo en un restaurante o un bar).....
18. Orinar en un baño público donde hay otras personas.....
19. Que alguien mencione su nombre o lo señale frente a otras personas.....
20. Cometer un error frente a otras personas.....
21. Practicar un deporte en el que se es observado continuamente por otras personas (por ejemplo, fútbol, baloncesto, etc.).....
22. Participar en una actividad recreativa al aire libre (por ejemplo, montar en bicicleta, aeróbicos, etc.) y en donde hay otras personas.....

23. Bailar en una fiesta o en una discoteca u otro sitio similar.....
24. Expresar un desacuerdo a una persona.....
25. Hacer un reclamo a una persona.....
26. Solicitar el cambio o la devolución de la plata de un artículo que usted compró.....
27. Piropear a alguien.....
28. Recibir un piropo.....
29. Expresar un sentimiento a alguien conocido.....
30. Defender su propio punto de vista sobre alguna cosa.....
31. Recibir una crítica.....
32. Hacer una crítica.....
33. Hablarle a una persona de autoridad.....
34. Que le presenten a una persona.....
35. Hablar por teléfono con una persona desconocida.....
36. Hablar por teléfono con una persona conocida.....
37. Tener una entrevista de selección para un trabajo.....
38. Proponer un brindis en una fiesta u otra reunión social.....
39. Entrar a una reunión cuando la mayoría de los asistentes ya ha llegado.....
40. Presentar un examen.....
41. Resistir a un vendedor insistente.....
42. Escribir algo mientras otras personas lo observan.....
43. Cumplir con una tarea o actuar frente a otras personas (por ejemplo, recitar un verso, dirigir una oración en una iglesia, cantar, tocar un instrumento, pasar al tablero, etc.).....

Por favor escriba otras situaciones similares a las anteriores que a usted le producen nerviosismo, temor o preocupación LA MAYORÍA DE LAS VECES que tiene que afrontarlas:

44. \_\_\_\_\_
45. \_\_\_\_\_
46. \_\_\_\_\_
47. \_\_\_\_\_
48. \_\_\_\_\_
49. \_\_\_\_\_
50. \_\_\_\_\_

SI USTED SEÑALÓ CUALQUIERA DE LAS SITUACIONES QUE APARECEN DEL PUNTO 1 AL 50, PUEDE CONTINUAR RESPONDIENDO LAS PREGUNTAS DE ESTE CUESTIONARIO. SI NO LO HIZO, PUEDE DETENERSE AQUÍ.

A2. ¿Cuándo usted tiene que afrontar las situaciones que señaló anteriormente, piensa que podría equivocarse, actuar inapropiadamente o hacer el ridículo?

Nunca \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Casi siempre \_\_\_\_\_ Siempre \_\_\_\_\_

B. ¿Más o menos hace cuanto tiempo a usted las situaciones que señaló anteriormente le producen nerviosismo, temor o preocupación la mayoría de las veces que tiene que afrontarlas? \_\_\_\_\_

C. ¿Usted considera desproporcionado o exagerado el nerviosismo, temor o preocupación que le producen dichas situaciones? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Por favor amplíe su respuesta \_\_\_\_\_

D1. ¿Usted prefiere evitar estas situaciones a tener que afrontarlas?  
Nunca \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Casi siempre \_\_\_\_\_ Siempre \_\_\_\_\_

D2. ¿Cuándo usted no puede hacer nada para evadir o evitar dichas situaciones, esto inmediatamente le produce síntomas de ansiedad tales como palpitaciones, aumento en la respiración, temblores, sudoración o enrojecimiento de la cara? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

E1. Debido al nerviosismo, temor o preocupación que le generan a usted estas situaciones, sus estudios se han visto perjudicados:  
Para nada \_\_\_\_\_ Algo \_\_\_\_\_ Mucho \_\_\_\_\_ Enormemente \_\_\_\_\_

E2. Debido al nerviosismo, temor o preocupación que le producen a usted estas situaciones, su trabajo se ha visto perjudicado:  
Para nada \_\_\_\_\_ Algo \_\_\_\_\_ Mucho \_\_\_\_\_ Enormemente \_\_\_\_\_ Nunca he trabajado \_\_\_\_\_

E3. Debido al nerviosismo, temor o preocupación que le generan a usted estas situaciones, su vida social se ha visto perjudicada:  
Para nada \_\_\_\_\_ Algo \_\_\_\_\_ Mucho \_\_\_\_\_ Enormemente \_\_\_\_\_

E4. Debido al nerviosismo, temor o preocupación que le producen a usted estas situaciones, su vida cotidiana se ha visto perjudicada:  
Para nada \_\_\_\_\_ Algo \_\_\_\_\_ Mucho \_\_\_\_\_ Enormemente \_\_\_\_\_

E5. En general, ¿Qué tanto ha dificultado su vida dicho nerviosismo, temor o preocupación?  
Para nada \_\_\_\_\_ Algo \_\_\_\_\_ Mucho \_\_\_\_\_ Enormemente \_\_\_\_\_

E6. ¿Usted cree que su vida sería mejor si no sintiera dicho nerviosismo, temor o preocupación?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Por favor amplíe se respuesta \_\_\_\_\_

F1. ¿Presenta actualmente algún problema de salud física o mental? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si contestó que sí, por favor méncionelo(s) a continuación \_\_\_\_\_

F2. ¿Se encuentra bajo un tratamiento farmacológico para el problema o los problemas de salud que usted mencionó anteriormente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si contestó que sí, por favor describa dicho tratamiento a continuación \_\_\_\_\_

F3. ¿Cada cuánto consume bebidas alcohólicas (por ejemplo, cerveza, aguardiente, whisky, etc.)? \_\_\_\_\_  
¿Más o menos en qué cantidad? \_\_\_\_\_

F4. ¿Consume alguna droga psicoactiva como, por ejemplo, marihuana, bazuco o cocaína?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Por favor mencione la(s) droga(s) que consume actualmente \_\_\_\_\_

G. ¿Cada cuánto y en qué cantidad consume dicha(s) droga(s)? \_\_\_\_\_

