

## **UNA REVISIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA FOBIA SOCIAL: ALGUNOS DATOS EMPÍRICOS**

Vicente E. Caballo<sup>1</sup>, José Olivares Rodríguez<sup>2</sup>,  
Cristina López-Gollonet<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Jesús Irurtia<sup>3</sup> y Ana Isabel Rosa Alcázar<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Universidad de Granada, <sup>2</sup>Universidad de Murcia,  
<sup>3</sup>Universidad de Valladolid (España)

### **Resumen**

La fobia social (o trastorno de ansiedad social) es un problema de gran actualidad en la sociedad occidental. El tratamiento eficaz y, aún mejor, su prevención deberían ser objetivos básicos de la psicología clínica de hoy día. No obstante, tanto para identificar sujetos con ansiedad/fobia social como para evaluar la eficacia de la prevención y del tratamiento es necesario disponer de instrumentos de evaluación válidos y fiables. En este trabajo presentamos diferentes métodos de evaluación de la ansiedad/fobia social e incluimos un pequeño estudio sobre las correlaciones entre las escalas más utilizadas en la evaluación de la fobia social (SPAI, SAS, SIAS, LSAS) y otras variables relevantes (p.ej., habilidades sociales, trastorno de la personalidad por evitación (TPE), neuroticismo, extraversión). Las correlaciones encontradas han sido elevadas entre todas las medidas de fobia social y de estas con las que evaluaban habilidades sociales, el TPE y el neuroticismo, lo que da una idea de la proximidad de estos constructos. Curiosamente apenas hubo correlaciones significativas con la extraversión, lo que necesita investigaciones más detalladas sobre este tema.

**PALABRAS CLAVE:** *Fobia social, ansiedad social, evaluación, medidas de autoinforme, SPAI, entrevistas.*

### **Abstract**

Social phobia (or social anxiety disorder) is a salient problem nowadays in western society. Its effective treatment and, even better, its prevention should be major goals for clinical psychology. Nevertheless, identifying individuals with social phobia/anxiety as well evaluating the effectiveness of its prevention and

---

Este trabajo ha sido realizado en parte por la ayuda recibida del Ministerio de Ciencia y Tecnología al proyecto de referencia BSO2003-07029/PSCE y cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

*Correspondencia:* Vicente E. Caballo, Universidad de Granada, Facultad de Psicología, Campus de La Cartuja, s/n, 18071 Granada (España). E-mail: caballo@attglobal.net

treatment requires valid and reliable assessment instruments. In this article, different methods of assessment of social phobia/anxiety are presented. We have studied the correlations among the most used scales in the assessment of social phobia (SPAI, SAS, SIAS, LSAS) and other relevant variables (e.g., social skills, avoidant personality disorder (APD), neuroticism, extraversion). High correlations were found among all the measures of social phobia and also with those assessing social skills, APD and neuroticism, which gives an idea of the closeness of these constructs. Surprisingly, only a few low —although significant— relationships were found with extraversion. This matter calls for a more detailed investigation.

KEY WORDS: *Social phobia, social anxiety, assessment, self-report measures, SPAI, interviews.*

## Introducción

La fobia social (o trastorno de ansiedad social) es uno de los trastornos de ansiedad que más atención está atrayendo en los últimos años por parte de investigadores y clínicos. No en vano parece ser uno de los trastornos más frecuentes en la población, con porcentajes que van del 4 al 16% en la sociedad occidental, dependiendo de los métodos de encuesta y del sistema diagnóstico utilizado (Furmak *et al.*, 1999; Magee *et al.*, 1996; Turk *et al.*, 1998; Wittchen y Fehm, 2001). El trastorno a menudo surge en la infancia o la adolescencia y, especialmente el tipo generalizado, suele tener un importante impacto sobre la vida de los individuos que lo sufren (Caballo, 1995a; Caballo, Andrés y Bas, 1997). Los sujetos con fobia social generalizada corren un notable riesgo de desarrollar otros trastornos comórbidos, tales como depresión mayor, abuso del alcohol y diferentes trastornos de ansiedad (Katzelnick y Greist, 2001; Walker y Kjernisted, 2000; Wittchen y Fehm, 2003) y parece que su calidad de vida se ve notablemente reducida, incluso cuando no existen otros trastornos asociados (Lepine y Pelissolo, 2000; Stein y Kean, 2000; Wittchen y Fehm, 2003). Teniendo en cuenta la temprana edad de comienzo de la fobia social y su impacto sobre la vida de las personas, incluyendo épocas de especial trascendencia como los años de la adolescencia o el paso de este periodo a la vida adulta, se ha propuesto la conveniencia de desarrollar programas dirigidos a la identificación temprana del trastorno y a su tratamiento a gran escala a través de las escuelas (Kessler, 2003). Esto podría ser un paso esencial para la prevención de los dramáticos efectos que la fobia social, especialmente la generalizada, suele tener en la adolescencia y la vida adulta, aumentando la calidad de vida de estas personas, mejorando su funcionamiento social, laboral y académico y reduciendo el desarrollo de otros trastornos asociados. La intervención a una edad temprana y a gran escala sería de gran importancia teniendo en cuenta que la fobia social, especialmente la generalizada, no suele remitir si no es tratada y que, aún así, lo sujetos que la padecen no suelen acudir a tratamiento (Neufeld *et al.*, 1999; Van Velzen *et al.*, 1997).

Dada la importancia que tiene la identificación y caracterización de los sujetos que padecen fobia social, parece un requisito indispensable disponer de instrumentos de evaluación válidos y fiables que nos ayuden a tener un conocimiento

adecuado del trastorno, aspecto esencial para su eficaz prevención y tratamiento. Actualmente disponemos de una serie de medidas para la evaluación de la fobia/ansiedad social y el presente trabajo hará una revisión de las mismas, incluyendo un pequeño estudio correlacionando algunos de los instrumentos de autoinforme más utilizados en la evaluación de la fobia/ansiedad social.

### **Sobre los métodos de evaluación de la fobia/ansiedad social**

Es frecuente considerar que la expresión de la ansiedad se puede realizar por medio de tres diferentes canales de respuesta: (1) verbal-cognitivo, (2) conductual-motor, y (3) psicofisiológico. Se supone que estos tres canales son parcialmente independientes (discordantes) y pueden cambiar independientemente de los otros en el transcurso de la terapia (desincronía) (Scholing y Emmelkamp, 1990). Existen toda una serie de estudios que demuestran que la intercorrelación entre (a) escalas de autoinforme, (b) medidas conductuales, y (c) señales psicofisiológicas generalmente es baja (Caballo, 1987, 1993; Caballo y Buela, 1988a; Emmelkamp, 1982). No obstante, los resultados de los estudios sobre concordancia de los tres sistemas de expresión de la ansiedad son difíciles de interpretar, puesto que habitualmente se incluyen sujetos con un temor social moderado (Scholing y Emmelkamp, 1990). Parece que cuando se emplean sujetos con un temor más pronunciado, sujetos realmente clínicos, existe una mayor concordancia entre los sistemas de respuesta (p.ej., Craske y Craig, 1984). Sin embargo, la idea de los distintos sistemas de respuestas se ha criticado por problemas metodológicos. A veces se ha confundido método de evaluación y contenido de la misma. Frecuentemente se ha considerado que todo autoinforme de la ansiedad pertenece al canal cognitivo, olvidándose del contenido específico de la verbalización. Así, por ejemplo, un sujeto puede expresar verbalmente «Temo hablar en público» (contenido cognitivo), «Evito las situaciones que impliquen hablar en público» (contenido conductual) o «Siento cómo mi corazón se acelera cuando hablo en público» (contenido fisiológico). Por todo ello, se ha indicado que la falta de concordancia entre los diferentes sistemas de respuestas se debe, al menos parcialmente, a las deficiencias metodológicas asociadas a los distintos «canales» (Scholing y Emmelkamp, 1990).

Como parte de un estudio más amplio sobre evaluación de las habilidades sociales y la ansiedad social, Caballo (1993) encontró correlaciones moderadas entre medidas de autoinforme de la ansiedad social (contenido fundamentalmente conductual) y medidas conductuales de esa ansiedad (evaluada por el compañero de interacción y por un grupo de 4 jueces). La evaluación de la ansiedad tuvo lugar después de una interacción de 4 minutos con un compañero del sexo opuesto grabada en video. El sujeto experimental puntuó la ansiedad sentida durante la interacción y el compañero que interactuó con él puntuó la ansiedad percibida en dicho sujeto. Posteriormente la cinta de vídeo de la interacción se pasó a 4 jueces que evaluaron también la ansiedad percibida en el sujeto. Días antes, el sujeto en estudio había rellenado una escala de autoinforme de ansiedad social, la «Escala de evitación y ansiedad social» (*Social Avoidance and Distress Scale, SAD*; Watson

y Friend, 1969). En la Tabla 1 se pueden ver algunos de esos resultados, es decir, mayores correlaciones dentro del mismo método de evaluación (autoinforme o conductual) que entre métodos.

**Tabla 1**

Correlaciones entre diversos métodos de evaluación de la ansiedad en una situación análoga de interacción social entre dos personas de sexo opuesto (N= 60) (Caballo, 1993)

	AC	AO	SAD
Ansiedad autoinformada (AA)	0,10	0,30*	0,49**
Ansiedad por el compañero (AC)		0,35*	0,06
Ansiedad observada (AO)			0,06
Puntuación en la SAD (SAD) <sup>1</sup>			

1 SAD= Escala de evitación y ansiedad social (*Social Avoidance and Distress Scale, SAD*)

Nota: La SAD se pasó de 2 a 3 semanas antes de la situación de interacción

\* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,001$ .

### **Estrategias para la evaluación de ansiedad/fobia social**

Existe toda una variedad de estrategias para la evaluación de la ansiedad/fobia social como son las entrevistas clínicas, los instrumentos de autoinforme referidos a síntomas somáticos, reacciones conductuales o procesos cognitivos, medidas conductuales directas y evaluaciones psicofisiológicas. Antony (2001) señala algunas áreas que deben cubrir esas estrategias de evaluación, como son: (1) Características diagnósticas del trastorno (p.ej., DSM-IV), (2) Gravedad de los síntomas, (3) Características esenciales del problema (p.ej., síntomas fisiológicos, contenido de los pensamientos ansiosos, patrones de evitación), (4) Déficit de habilidades sociales, (5) Inicio y curso del problema, (6) Historia de tratamiento, (7) Factores familiares (p.ej., refuerzos que mantienen el problema, presencia del trastorno en la familia), y (8) Cuestiones médicas y de salud (que pueden estar afectando al trastorno). Seguidamente nos detendremos en los diferentes tipos de estrategias de evaluación de la ansiedad/fobia social.

#### *Entrevistas clínicas*

Este tipo de estrategias suele ser el método más frecuente para obtener información sobre cualquier trastorno psicológico, incluida la ansiedad/fobia social. A través de la entrevista podemos obtener datos sobre la historia del problema, las situaciones sociales específicas que teme el sujeto, los pensamientos que tiene antes, durante o después de esas situaciones, los síntomas fisiológicos que aparecen en las mismas, etc. La interactividad de la entrevista la convierte en un instrumento único de evaluación, proporcionando al entrevistador una oportunidad para observar al

paciente interactuar; después de todo, es un encuentro interpersonal. Walen (1985) señala que el individuo con ansiedad social estará nervioso en la primera entrevista con el terapeuta, ofreciendo, así, una oportunidad real para muestrear las emociones y las cogniciones relativas al problema mientras están «frescas». La fluidez y el contenido del habla, su postura, contacto ocular, gestos, etc. son una valiosa fuente de información que no debiera pasarse por alto. La parte central de la entrevista tiene que centrarse en la conducta social actual del paciente. La especificación de los antecedentes y consecuentes de diferentes conductas interpersonales problemáticas, así como su operacionalización según datos cuantitativos (y cualitativos), es fundamental para el tratamiento. No tenemos que fijarnos solamente en las respuestas manifiestas, sino también en las posibles cogniciones mediadoras que pueden intervenir en el mantenimiento de la ansiedad social, ya sea como estímulos antecedentes, como síntomas del problema o como consecuencias que lo mantienen (Caballo, 1997).

Aunque la entrevista clínica suele ser no estructurada, en algunas ocasiones se pueden emplear formatos más sistemáticos con objetivos específicos. Para ayudar en el proceso de evaluación y diagnóstico de la ansiedad/fobia social, existen algunas entrevistas estructuradas y semiestructuradas con una cobertura amplia de trastornos, que no específicas de la fobia social, ya sean los problemas de ansiedad en general o, más frecuentemente, los trastornos del Eje I (DSM-IV; APA, 1994) o los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10 (OMS, 1992). Seguidamente revisamos algunas de ellas.

1) «Entrevista para los trastornos de ansiedad, según el DSM-IV» (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, ADIS-IV*; Brown, DiNardo y Barlow, 1994; DiNardo, Brown y Barlow, 1994). Es una entrevista semiestructurada que evalúa todos los trastornos de ansiedad, siguiendo la clasificación del DSM-IV (p.ej., trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, fobia específica, etc.). Incluye también secciones para otros trastornos que se pueden dar con cierta frecuencia junto a los trastornos de ansiedad, como son los trastornos del estado de ánimo, el abuso/dependencia de sustancias psicoactivas y algunos trastornos somatomorfos. Además, muestrea algunos síntomas psicóticos y médicos. Las puntuaciones a las respuestas pueden ir desde 'sí' o 'no' hasta escalas de 8 puntos. Esta entrevista se ha adaptado también para su uso con niños (*ADIS-IV-C*) (Silverman y Albano, 1996), de modo que el lenguaje y las puntuaciones sean apropiadas para ellos. Pasar la entrevista requiere aproximadamente dos horas o más para el individuo adulto. En el caso de la *ADIS-IV-C*, se necesita una hora que la emplean los padres y otra hora el niño para contestar las preguntas de la entrevista.

No existen muchos estudios sobre las propiedades psicométricas de la entrevista. La fiabilidad test-retest encontrada ha ido, dependiendo de los estudios, desde 0,68 hasta 1 para la versión de adultos y de 0,46 a 0,81 en la versión para niños. La *ADIS-IV* ha puesto el énfasis en su utilidad para hacer un repaso exhaustivo de los síntomas de ansiedad y evaluar el progreso del tratamiento, prestando menos atención a la fiabilidad de la medida. Es más popular entre los psicólogos que entre los psiquiatras y su empleo se recomienda como medida de evaluación en el trata-

miento conductual y cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad (Antony y Swinson, 2000), pero no cuando la fiabilidad de los síntomas clave sea esencial para la evaluación (Rogers, 2001).

2) «Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV-Edición del paciente» (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID-I-Patient Edition*; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1996)<sup>1</sup>. Se trata de una entrevista semiestructurada que evalúa los principales grupos de trastornos del Eje I del DSM-IV, incluyendo los trastornos de ansiedad y, por lo tanto, la fobia social, en la llamada «Versión de investigación» de la SCID-I que, a su vez, presenta las opciones de «Edición del paciente» y «Edición de no paciente». Una tercera versión, la «Versión clínica», no aborda la fobia social y no la comentaremos aquí. Las preguntas, en general, se responden en un formato que va de «1»= síntoma ausente o falso hasta «3»= verdadero o presente a nivel clínico. El propósito del SCID-I es el diagnóstico adecuado de los diferentes trastornos incluidos en dicho Eje I, por lo que aborda casi en exclusiva los criterios diagnósticos del DSM-IV con pocas variables adicionales. Pasar la entrevista requiere de 1 a 3 horas en la versión que tratamos aquí.

Las propiedades psicométricas de la entrevista parecen adecuadas, aunque referidas generalmente a la versión anterior de la SCID-I que se basaba en el DSM-III-R (APA, 1987). La fiabilidad test-retest encontrada ha ido desde 0,37 a 1 (Rogers, 2001), aunque no siempre se ha empleado la entrevista completa, sino módulos específicos referidos a grupos de trastornos. El módulo referido a los trastornos de ansiedad parece tener, en general, una elevada fiabilidad. Esta entrevista es mucho más utilizada por los psiquiatras que por los psicólogos y es más útil para el diagnóstico que para ser empleada como medida fina de los resultados del tratamiento.

3) Otras entrevistas generales. Existen otras entrevistas que evalúan gran parte de los trastornos incluidos en el DSM-IV o en la CIE-10 y, por lo tanto, incluyen ítems relativos a la fobia social. Así, tenemos entrevistas como la «Entrevista diagnóstica internacional» (*Composite International Diagnostic Interview, CIDI*; OMS, 1990) y la versión IV de la «Entrevista diagnóstica» (*Diagnostic Interview Schedule-IV, DIS-IV*; Robins, Cottler, Bucholz y Compton, 1995). Estas dos entrevistas se consideran totalmente «estructuradas» y se las ha criticado por la escasa concordancia diagnóstica con las entrevistas «semiestructuradas» (como las dos que se han visto anteriormente) y porque diagnostican en exceso una serie de trastornos (Antony, Downie y Swinson, 1998), aunque tienen también diversas ventajas (Rogers, 2001). Otras entrevistas que evalúan los trastornos de ansiedad, como parte de la evaluación de toda una serie de trastornos clínicos, serían la «Entrevista para los trastornos afectivos y la esquizofrenia —Versión periodo de toda la vida» (*Schedule*

---

1 Hasta donde nosotros sabemos, la traducción comercial que existe en español de la SCID-I es de la «Versión clínica» de esta entrevista, que deja fuera por completo el apartado relativo a la fobia social, por lo que se comenta en este apartado se refiere sólo a la versión 2.0 «Edición del paciente» en inglés y no a la «Versión clínica», ya sea la publicada en español o inglés.

for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime version, SADS-L; Fyer et al., 1989) o la «Mini-entrevista neuropsiquiátrica internacional» (*Mini-International Neuropsychiatric Interview, MINI*; Sheehan et al., 1998). Es también de utilidad para la evaluación de la fobia/ansiedad social la «Entrevista dirigida para habilidades sociales» (Caballo, 1997), una entrevista semiestructurada que muestrea toda una serie de situaciones sociales específicas y pregunta por el funcionamiento del individuo en esas situaciones.

### *Medidas de autoinforme*

Las medidas de autoinforme, bajo la forma de cuestionarios, inventarios o escalas, suelen ser bastante útiles por el ahorro de tiempo que proporcionan al muestrear toda una serie de situaciones, conductas, pensamientos y síntomas en un periodo relativamente breve (el paciente suele llevarse a casa el inventario y traerlo relleno a la siguiente sesión). Aunque no se pueden utilizar como instrumentos de diagnóstico, sirven para suministrar información antes, durante y/o después del tratamiento y, sobre todo, proporcionan ayuda en la elaboración del análisis funcional del problema. A nivel de investigación, las medidas de autoinforme suelen constituir frecuentemente un elemento inestimable para la obtención de información a gran escala sobre el problema que ocupe nuestro interés.

En estos momentos existen bastantes escalas, cuestionarios o inventarios diseñados para evaluar específicamente la fobia social. La elección de qué instrumento utilizar dependerá de los intereses del clínico o investigador y, con frecuencia, de la disponibilidad de dicho instrumento para su utilización. Muchas de las medidas que aquí se incluyen han sido publicadas originalmente en inglés y existen diversas traducciones en español de distintos cuestionarios. Por ello, los datos sobre un instrumento concreto publicados por un grupo de investigadores no siempre puede considerarse equivalente a los de otro grupo cuando ambos han utilizado traducciones diferentes de una misma medida. Seguidamente incluimos algunos de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la fobia/ansiedad social.

1) «Inventario de ansiedad y fobia social» (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989). Consta de 45 ítems que evalúan aspectos conductuales, cognitivos y somáticos de la fobia social en distintas situaciones, aunque los últimos 13 ítems miden agorafobia. Cada ítem puede puntuar desde 0 (nunca) hasta 6 (siempre). Se puede obtener una puntuación para la subescala de fobia social y otra para la de agorafobia. La puntuación media para sujetos con fobia social ha ido de 94 a 116,6. La media para sujetos universitarios socialmente ansiosos ha sido de 72,2 ( $DT= 20,4$ ) y para universitarios no ansiosos de 32,7 ( $DT= 21,3$ ). Sobre la fiabilidad de este instrumento, se ha encontrado un alfa de Cronbach que va de 0,94 a 0,96 para la subescala de fobia social y de 0,85 a 0,86 para la subescala de agorafobia. La fiabilidad test-retest, en un intervalo de 2 semanas con estudiantes universitarios, ha sido de 0,86 (Turner et al., 1989). Se ha construido también una versión para niños y adolescentes (SPAI-C; Beidel, Turner

y Fink, 1996) que consta de 26 ítems y se dirige a chicos de 8 a 17 años. Parece que esta versión infantil tiene también una adecuada consistencia interna ( $\alpha=0,95$ ) y una buena fiabilidad test-retest en un intervalo de 2 semanas ( $r=0,86$ ) y de 10 meses ( $r=0,63$ ) (Beidel y Morris, 1995). El SPAI se ha utilizado con muestras españolas (p.ej., Caballo y Álvarez-Castro, 1995; Caballo, Quesada, Ortiz y López, 1998; García-López *et al.*, 2001; Olivares *et al.*, 1999). Algunos de los datos no publicados que hemos obtenido con la versión para adultos del SPAI se exponen más adelante.

2) «Escala de fobia social» (*Social Phobia Scale, SPS*) y «Escala de ansiedad ante la interacción social» (*Social Interaction Anxiety Scale, SIAS*) (Mattick y Clarke, 1998). Son dos escalas que se pasan conjuntamente y que evalúan los temores de ser observados durante actividades diarias (SPS) o bien temores más generales de interacción social (SIAS). La SPS consta de 20 ítems y la SIAS de 19 ítems y éstos se evalúan en una escala de 5 puntos (de 0= «Nada característico en mí» a 4= «Totalmente característico en mí»). Sujetos diagnosticados con fobia social tienen una puntuación media en la SPS de 40 ( $DT=16$ ) y de 24,6 ( $DT=16,4$ ) en la SIAS. Individuos sin problemas de ansiedad tienen una puntuación media de 14,4 ( $DT=11,2$ ) en la SPS y de 18,8 ( $DT=11,8$ ) en la SIAS. Respecto a la fiabilidad, el alfa de Cronbach para la SPS ha ido de 0,87 a 0,94 y para la SIAS de 0,86 a 0,94. La fiabilidad test-retest en intervalos de 4 a 12 semanas ha sido para la SPS de 0,66 a 0,93 y para la SIAS de 0,86 a 0,92.

3) «Escala de ansiedad social, de Liebowitz» (*Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS*; Liebowitz, 1987). Consta de 24 ítems que evalúan temor y evitación de determinadas situaciones sociales. Se compone de dos subescalas que evalúan problemas con situaciones de interacción social (11 ítems) y de actuación social (13 ítems). Las preguntas se responden según una escala de 4 puntos (de 0 a 3). La escala suele ser aplicada por el entrevistador que va rellenándola dependiendo de las respuestas del paciente. La puntuación media para la escala total ha sido de 67,2 ( $DT=27,5$ ), de 35,5 ( $DT=13,6$ ) para la suma de los ítems de temor y de 31,6 ( $DT=14,5$ ) para la suma de los ítems de evitación. Con respecto a la fiabilidad, el alfa de Cronbach para la escala total ha sido de 0,96 (Heimberg *et al.*, 1999). Esta escala también se puede aplicar como una medida de autoinforme que rellena el propio sujeto. En el estudio que aparece más adelante, esta fue la forma como se empleó la LSAS.

4) «Escala de evitación y ansiedad social» (*Social Avoidance and Distress Scale, SAD*) y «Temor a la evaluación negativa» (*Fear of Negative Evaluation, FNE*) (Watson y Friend, 1969). Son dos escalas que se desarrollaron conjuntamente para medir dos constructos que reflejasen la ansiedad socio-evaluadora (Orsillo, 2001). La SAD consta de 28 ítems que mide malestar (ansiedad) y evitación de situaciones sociales, mientras que la FNE consta de 30 ítems que se refieren a las expectativas y malestar sobre la evaluación negativa por los demás. Cada ítem de ambas escalas se contesta «verdadero» o «falso». Watson y Friend (1969) obtuvieron una media de 11,2 para mujeres y 8,24 para hombres en la SAD y de 13,97 para hombres y 16,1



para mujeres en la FNE. Pacientes con un diagnóstico de fobia social obtuvieron una puntuación de 20,7 ( $DT= 5,1$ ) en la SAD y de 21,9 ( $DT= 5,8$ ) en la FNE (Oei *et al.*, 1991). Con respecto a la fiabilidad, la consistencia interna de la SAD ha sido de 0,94 y de 0,94 a 0,96 para la FNE. La fiabilidad test-retest en un intervalo de 1 mes con estudiantes universitarios ha sido de 0,68 a 0,79 para la SAD y de 0,78 a 0,94 para la FNE (Watson y Friend, 1969). En muestras españolas universitarias, para sujetos con problemas de interacción social que acudieron a un programa de intervención para mejorar las habilidades sociales ( $N= 76$ ), hemos obtenido una media de 13,25 ( $DT= 8,25$ ) para la SAD y de 18,52 ( $DT= 8,74$ ) para la FNE (véase Caballo, 1987). Estas dos medidas se utilizaron también como variables dependientes para medir la eficacia de diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales en sujetos con problemas de interacción social (Caballo y Carrobes, 1988). El programa más completo (multimodal), que incluía estrategias cognitivas, conductuales y de reducción directa de la ansiedad (relajación), tuvo un importante efecto estadísticamente significativo sobre estas dos variables. Así, en el grupo multimodal, la puntuación en la SAD pasó de una media de 12,12 ( $DT=7,93$ ) en el pretratamiento a una media de 3,25 ( $DT=2,54$ ) en el postratamiento y de 1,85 ( $DT= 1,77$ ) en el seguimiento a los 6 meses, mientras que la puntuación en la FNE pasó de una media de 20,5 ( $DT=5,70$ ) en el pretratamiento a una media de 12,87 ( $DT=4,86$ ) en el postratamiento y de 7 ( $DT= 1,15$ ) en el seguimiento a los 6 meses. No obstante, debemos tener cuidado al interpretar estos resultados dado el bajo número de sujetos que componían los grupos de tratamiento.

5) «Test de autoverbalizaciones en la interacción social» (*Social Interaction Self-Statement TEST, SISST*; Glass *et al.*, 1982). Es una escala de 30 ítems construida para evaluar la frecuencia de pensamientos positivos (facilitadores) y negativos (inhibidores) que surgen antes, durante o después de una interacción social. De los 30 ítems, 15 son autoverbalizaciones positivas y 15 negativas y se pueden contestar de 1 («Prácticamente no tuve nunca ese pensamiento») a 5 («Tuve ese pensamiento muy frecuentemente»). La puntuación media obtenida en mujeres estudiantes socialmente ansiosas ha sido de 38,88 ( $DT= 9,93$ ) en la subescala negativa (SISST-N) y de 49,62 ( $DT= 7,39$ ) en la subescala positiva (SISST-P). Las puntuaciones medias de mujeres estudiantes sin ansiedad social ha sido de 33,32 ( $DT= 8,27$ ) en la SISST-N y de 54,95 ( $DT= 7,05$ ) en la SISST-P. En individuos con fobia social, las puntuaciones han sido de 54,75 ( $DT= 12,68$ ) en la SISST-N y de 36,21 ( $DT= 11,44$ ) en la SISST-P (Dodge *et al.*, 1988). La fiabilidad test-retest hallada fue de 0,79 para los ítems positivos y de 0,89 para los negativos (Zweig y Brown, 1985). La consistencia interna era de 0,73 y 0,86, respectivamente (Glass *et al.*, 1982). Ambas escalas tenían una correlación de -0,48 (Zweig y Brown, 1985). Con una muestra española de sujetos universitarios con dificultades de interacción social, se encontró una media de 38,93 ( $DT= 9,60$ ) para las autoverbalizaciones positivas y de 40,75 ( $DT= 12,66$ ) para las autoverbalizaciones negativas. El test se pasó a los sujetos inmediatamente después de una interacción de 4 minutos con un atractivo miembro del sexo opuesto desconocido para ellos (y con la conducta preprogramada). Otros datos empíricos sobre la escala en muestras españolas se pueden encontrar también en Caballo (1993,

1995b) y Caballo y Carrobles (1988). La escala completa en español está incluida en Caballo (1997).

Otros cuestionarios sobre ansiedad/fobia social y variables relacionadas pueden verse en la tabla 2. Aunque no pretende ser una lista exhaustiva, ofrece al clínico más posibilidades a la hora de elegir, dependiendo de sus intereses.

**Tabla 2**

Otros instrumentos de autoinforme para la evaluación de la ansiedad/fobia social\*

Nombre del instrumento	Autor(es)
«Informe personal de confianza como orador» ( <i>Personal Report of confidence as a speaker, PRCS</i> )	Paul (1966)
«Cuestionario Situacional» ( <i>Situational Questionnaire, SQ</i> )	Rehm y Marston (1968)
«Inventario de aserción-Grado de malestar» ( <i>Assertion Inventory-Distress, AI-D</i> )	Gambrill y Richey (1975)
«Inventario de Ansiedad Social» ( <i>Social Anxiety Inventory, SAI</i> )	Richardson y Tasto (1976)
«Inventario de Ansiedad Social-Revisado» ( <i>Social Anxiety Inventory-Revised, SAI-R</i> )	Curran et al. (1980)
«Escala de retraimiento social» ( <i>Social Reticence Scale, SRS</i> )	Jones y Russell (1982)
«Escalas de ansiedad de interacción y de ansiedad a hablar en público» ( <i>Interaction and Audience Anxiousness Scales, IAAS</i> )	Leary (1983)
«Cuestionario de Pensamientos de Ansiedad Social» ( <i>Social Anxiety Thoughts Questionnaire, SAT</i> )	Hartman (1984)
«Escala de Temor Social» ( <i>Social Fear Scale, SFS</i> )	Raulin y Wee (1984)
«Escala breve de ansiedad social» ( <i>Brief Social Phobia Scale, BSPS</i> )	Davidson et al. (1991)
«Inventario de fobia social» ( <i>Social Phobia Inventory, SPIN</i> )	Connor et al. (2000)
«Escala de autoverbalizaciones mientras se habla en público» ( <i>Self-statements during public speaking scale, SSPS</i> )	Hofmann y DiBartolo (2000)
«Cuestionario de interacción social para niños» (CISO-N)	Caballo et al. (2003)
«Cuestionario de interacción social para adultos» (CISO-A)	Caballo (2004)

\* En Orsillo (2001) se pueden encontrar más datos sobre algunos de estos instrumentos.

Con el fin de ver la relación entre algunos de los instrumentos descritos en el presente trabajo que evalúan fobia social y su relación con constructos relacionados o similares, realizamos hace tiempo un estudio que describimos a continuación.

### *Relación entre diversas medidas de autoinforme de la ansiedad/fobia social*

En el estudio consideramos varios instrumentos de autoinforme que median ansiedad/fobia social y otros instrumentos que evaluaban constructos similares o relacionados, como son el trastorno de la personalidad por evitación, las habilidades sociales, el neuroticismo o la introversión. Nuestra idea era ver que relación tenían entre ellos, además de hallar algunas propiedades sobre una de las medidas más utilizadas para la evaluación de la fobia social, como es el SPAI.

#### SUJETOS

Participaron en el estudio 150 estudiantes universitarios (108 mujeres y 42 hombres) que rellenaron todos los cuestionarios. La edad media de los sujetos era de 23,50 años ( $DT= 6,66$ ). Un mes después 60 de esos estudiantes volvieron a rellenar parte de los cuestionarios y 104 lo hicieron a los seis meses

#### PROCEDIMIENTO

Tradujimos con especial cuidado del inglés al español el SPAI (véase su descripción más arriba) por medio del método Brisling. Este método se supone como un estándar en la traducción de textos, aunque somos muy críticos con él y creemos que frecuentemente produce más perjuicios que beneficios a la hora de la traducción. Cuidamos también la traducción de otros instrumentos, como la SPS, la SIAS, la LSAS, la SAD y la FNE (véase más arriba su descripción). El Inventario de Asertividad (AI) (Gambrell y Richey, 1975), la «Escala de retraimiento social» (SRS) (Jones y Rusell, 1982), la «Escala de autoexpresión universitaria» (CSES) (Galassi *et al.*, 1974) y el «Inventario clínico multiaxial de Millon» (MCMI-II) (Millon, 1987) fueron traducidos años antes y han sido utilizados frecuentemente en nuestras investigaciones. Con respecto al «Inventario de personalidad de Eysenck» (EPI) (Eysenck y Eysenck, 1963) se utilizó la versión comercial publicada en español por la Editorial TEA. Los sujetos participantes rellenaron todos los instrumentos en una sola sesión, excepto el MCMI-II al que dedicaron una sesión en exclusiva unos días después.

#### INSTRUMENTOS

Se utilizaron los instrumentos nombrados en el apartado anterior. Concretamente fueron los siguientes (los 6 primeros se han descrito en las páginas anteriores, por lo que sólo se mencionarán en este apartado):

- 1) «Inventario de ansiedad y fobia social» (SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989)
- 2) «Escala de fobia social» (SPS; Mattick y Clarke, 1998)
- 3) «Escala de ansiedad ante la interacción social» (SIAS; Mattick y Clarke, 1998)
- 4) «Escala de ansiedad social, de Liebowitz» (LSAS; Liebowitz, 1987)

- 5) «Escala de evitación y ansiedad social» (SAD; Watson y Friend, 1969)
- 6) «Temor a la evaluación negativa» (FNE; Watson y Friend, 1969)
- 7) «Escala de retraimiento social» (*Social Reticence Scale, SRS*; Jones y Russell, 1982). Consta de 25 ítems que pueden puntuar desde 1 («Muy extraño en mí») hasta 5 («Muy característico en mí»). Fundamentalmente mide timidez como rasgo y malestar en situaciones sociales. En Caballo (1987, 1993) se pueden encontrar algunos datos sobre esta escala.
- 8) «Escala de Autoexpresión Universitaria» (*College Self Expression Scale, CSES*; Galassi, Delo, Galassi y Bastien, 1974). La CSES mide habilidades sociales en una población universitaria. Cuando se construyó se intentó que sirviera como instrumento diagnóstico de selección y como una medida de cambio terapéutico. La escala consta de 50 ítems que puntúan de 0 («casi siempre o siempre») a 4 («nunca o muy raramente»). Caballo y Buela (1988b) encontraron un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,87 (intervalo de un mes) y una consistencia interna de 0,89 (alfa de Cronbach).
- 9) «Inventario de personalidad, de Eysenck» (*Eysenck Personality Inventory, EPI*; Eysenck y Eysenck, 1963). Este inventario consta de las formas A y B. Se utilizó la forma A de 57 ítems que se pueden responder «sí» o «no». El inventario da una puntuación en «neuroticismo» y otra en «extraversión». Las investigaciones sobre el EPI han sido numerosas y bien documentadas.
- 10) «Inventario clínico multiaxial de Millon-II» (*Millon Clinical Multiaxial Inventory, MCMI-II*; Millon, 1987). Consta de 175 ítems que se pueden responder «verdadero» o «falso». Evalúa los trastornos de personalidad según el DSM-III-R. Aquí sólo hemos incluidos los resultados que se han obtenido en relación con el trastorno de la personalidad por evitación (TPE), dada su similitud con la fobia social generalizada.

## RESULTADOS

La fiabilidad test-retest del SPAI, con un intervalo de un mes, fue de 0,87 para la subescala de la fobia social y de 0,79 para la de agorafobia. Las correlaciones entre los distintos instrumentos pueden verse en la tabla 3. Hay unas elevadas correlaciones entre las medidas que evalúan aspectos supuestamente más similares entre sí. Así, la subescala de fobia social del SPAI tiene altas correlaciones con otras escalas de fobia social, como la SPS, la SIAS, la LSAS y la SAD, todas ellas utilizadas frecuentemente para evaluar fobia social. En general, las correlaciones entre todas estas escalas son elevadas. Parece que también hay correlaciones importantes entre la ansiedad y la habilidad social (evaluada por el CSES y el AI-Probabilidad de respuesta). Igualmente, la escala del trastorno de la personalidad por evitación (TPE) del MCMI-II tiene correlaciones muy significativas con gran parte de las medidas de la fobia social, especialmente el SPAI, la SAD, la SIAS y la LSAS-Ansiedad. Y particularmente elevada con la SRS que evalúa principalmente timidez. Parece que el TPE, la fobia social, las habilidades sociales y la timidez tienen mucho en común. Además, el neuroticismo presenta una relación moderada con la mayoría de las medidas anteriores. Algo esperado son las correlaciones mucho más bajas

**Tabla 3**  
Correlaciones Pearson entre varias medidas de autoinforme de la fobia social y otros constructos relacionados

Instrumentos	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
SPAI-FS (1)	0,46*	0,65*	0,69*	0,74*	0,62*	0,69*	0,48*	0,48*	0,60*	-0,57*	0,51*	0,52*	-0,16	0,60*
SPAI-AG (2)		0,51*	0,38*	0,41*	0,35*	0,36*	0,36*	0,24*	0,31*	-0,42*	0,27*	0,39*	0,03	0,36*
SPS (3)			0,68*	0,70*	0,58*	0,47*	0,51*	0,33*	0,46*	-0,48*	0,50*	0,42*	-0,02	0,45*
SIAS (4)				0,76*	0,73*	0,62*	0,62*	0,53*	0,63*	-0,61*	0,53*	0,53*	-0,20	0,59*
LSAS-Ans (5)					0,80*	0,60*	0,67*	0,51*	0,50*	-0,59*	0,51*	0,46*	-0,15	0,55*
LSAS-Evt (6)						0,66*	0,63*	0,61*	0,54*	-0,58*	0,43*	0,36*	-0,27*	0,49*
SAD (7)							0,43*	0,45*	0,67*	-0,49*	0,38*	0,50*	-0,30*	0,60*
AI-Ans. (8)								0,64*	0,39*	-0,63*	0,52*	0,49*	-0,05	0,50*
AI-Prob. (9)									0,41*	-0,70*	0,40*	0,37*	-0,21	0,50*
SRS (10)										-0,48*	0,41*	0,55*	-0,36*	0,73*
CSES (11)											-0,51*	-0,34*	0,22	-0,48*
FNE (12)												0,61*	-0,05	0,43*
EPI-N (13)													0,13	0,57*
EPI-E (14)														-0,22
MCMI-II (TPE) (15)														

\*p &lt; 0,01

Leyenda: SPAI= Social Phobia and Anxiety Scale; SPS= Social Phobia Subscale (SIAS= Social Interaction Anxiety Subscale; LSAS-Ans= Liebowitz Social Anxiety Scale (Ansiedad); LSAS-Evt= Liebowitz Social Anxiety Scale (Evitación); SAD= Social Avoidance and Distress Scale; SRS= Social Retirence Scale; CSES= College Self Expression Scale; AI-Ans= Assertion Inventory (Ansiedad); AI-Prb= Assertion Inventory (Probabilidad respuesta); FNE= Fear of Negative Evaluation; EPI-N= Eysenck Personality Inventory (Neuroticismo); EPI-E= Eysenck Personality Inventory (Extraversión); MCMI-II (TPE)= Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (Trastorno de la personalidad por evitación)

de la subescala de la agorafobia del SPAI. Lo que sí nos parece sorprendente son las bajas relaciones entre extraversión y todas las demás medidas, incluyendo las escalas de habilidades sociales. Tal vez deberíamos replicar este trabajo con otras muestras para ver si salen estos mismos resultados con respecto a la extraversión. Pero en nuestro caso, no parece relacionarse ni con la fobia social, ni con el TPE, ni con las habilidades sociales. La correlación más alta parece tenerla con la escala que evalúa timidez, pero dicha relación sigue siendo más baja que las que tienen el resto de las medidas entre sí. Parecería como si los comportamientos que mide la subescala de la extraversión del EPI tienen poco que ver con los que miden el resto de los instrumentos incluidos en este estudio. Se necesitaría una investigación más en profundidad sobre esta cuestión.

### *El autorregistro*

El autorregistro es un método para observar y registrar la conducta tanto manifiesta (pública) como encubierta (cogniciones). Se puede pedir a los pacientes que registren los antecedentes y/o los consecuentes (manifiestos y/o encubiertos) que acompañan a la conducta de interés, con el fin de elaborar el análisis funcional de la misma. Se puede hacer también que los pacientes estimen su nivel de ansiedad, así como su habilidad y la satisfacción de sus conductas. Una de las ventajas del autorregistro como técnica de evaluación es que permite el acceso a datos que, de otra manera, no estarían fácilmente disponibles. Obviamente, las percepciones y cogniciones internas de un individuo sobre los acontecimientos socioambientales no están sometidas a escrutinio público. También es casi igual de difícil obtener datos sobre la interacción social diaria de un individuo, excepto por medio de procedimientos de autoinforme altamente estructurados (Bellack y Morrison, 1982; Eisler, 1976; Echeburúa, 1995). En la Tabla 4 se incluye un ejemplo de autorregistro multimodal que puede ser empleado con sujetos que padecen ansiedad/fobia social.

En el autorregistro de la tabla 4 los sujetos pueden registrar las diversas situaciones sociales que van abordando, el nivel de ansiedad que sintió previa a introducirse en la situación, los pensamientos que le pasaron por la cabeza en ese momento, el comportamiento que manifestaron en la situación (exposición) y el nivel de ansiedad que tenían cuando abandonaron la situación. El terapeuta puede analizar los autorregistros del paciente para ver si las interacciones sociales del individuo en el contexto real van cambiando a lo largo de la intervención. En algunos aspectos, es posible que sea la medida más significativa que se puede obtener de la eficacia del tratamiento, puesto que proporciona datos conductuales relativamente específicos del ambiente natural y, excepto en aquellos casos en los que sea posible observar directamente la conducta social del paciente fuera de la clínica, puede constituirse en la mejor fuente de información disponible sobre el cambio de la conducta en la vida real. Por ello, es conveniente emplear la(s) hoja(s) de autorregistro como un medio de control de las tareas para casa que se le asignan al paciente entre sesión y sesión.

**Tabla 4**

Hoja de autorregistro multimodal para utilizar en los sujetos con ansiedad/fobia social

Nombre: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

Situación (dónde, cuándo, qué, quién)	Nivel de ansiedad previa (0-100) Síntomas	Pensamientos previos	Conducta social manifestada	Pensamientos posteriores Síntomas	Nivel ansiedad posterior (0-100)

Una de las ventajas de esta estrategia de evaluación es que se puede elaborar a medida, de modo que permite atrapar y evaluar la especificidad de los temores y ansiedades que presenta la persona (Perpiñá, Gallardo, Botella y Villa, 2003). Las amenazas más frecuentes a la validez del autorregistro son la no fiabilidad y la reactividad. La no fiabilidad se refiere a la inexactitud o inconsistencia de la observación o mantenimiento del registro, mientras que la reactividad se refiere a un cambio en la conducta objetivo como función de la autoobservación. Con el tiempo, algunos pacientes pueden «fatigarse» y dedicar menos atención al registro de la ocurrencia de una conducta o pensamiento o de detalles de las interacciones sociales en la vida real que sí hacían en las primeras fases del autorregistro. Esto puede dar como resultado el «perder» ciertas interacciones que habían sido registradas previamente. Por otra parte, los pacientes pueden llegar también a ser más eficientes en el autorregistro de sucesos reales críticos cuando adquieren más experiencia en este procedimiento, inflando el número y la naturaleza de las anotaciones en sus registros conforme pasa el tiempo. No obstante, a pesar de estas limitaciones, el autorregistro es un método de evaluación muy empleado durante el tratamiento de la ansiedad/fobia social, especialmente desde una posición conductual o cognitivo-conductual.

### *Medidas conductuales*

La evaluación de la conducta real en las situaciones que provocan ansiedad puede ser útil por muchos motivos. Debido a la discordancia de los tres canales de la respuesta de ansiedad de la que hablamos en páginas anteriores, es posible que los cambios que tengan lugar en las medidas de autoinforme, por ejemplo, no ocurran en las conductas manifiestas. Sería una situación ideal, desde la perspectiva conductual, poder observar el comportamiento del paciente en los momentos que se considerasen necesarios. Aunque el terapeuta puede acompañar al paciente en determinadas situaciones sociales de la vida real, esto no suele ser posible por muchos motivos (imposibilidad material, reactividad, privacidad, etc.).

Acercándose a situaciones reales nos encontramos con situaciones preparadas, pero que tienen lugar habitualmente en escenarios reales. En algunos casos se ha empleado el procedimiento del «engaño». Al sujeto objeto de la evaluación no se le dice que se le va observar y/o el individuo con el que interactúa es un aliado del terapeuta. Así, por ejemplo, una persona con ansiedad heterosexual puede estar en la sala de espera al lado de otro individuo que, en realidad, es un colaborador del terapeuta (Bados, 2001). Otros intentos han incluido llamadas telefónicas con contenido dirigido a provocar la ansiedad social del paciente o la grabación de la conducta de éste en fiestas, reuniones o encuentros sociales organizados por el terapeuta para tal fin.

Una cuestión pendiente de resolver es si los sujetos con fobia social manifiestan diferencias observables en su conducta cuando se comparan con individuos sin ese problema y hasta qué grado se da una relación entre la experiencia de ansiedad en situaciones sociales y el comportamiento en esas situaciones (Scholing y Emmelkamp, 1990). Existen muchos estudios que han abordado esta situación,



pero la mayoría lo han hecho a través de estudios con situaciones análogas (o de simulación), con lo que su generalización a la población clínica ha sido muy cuestionada. Algunas de las pruebas utilizadas para la evaluación del comportamiento social del sujeto en una *situación simulada breve* se pueden ver en la tabla 5. Más información sobre las mismas se puede encontrar en Caballo (1997).

**Tabla 5**

Pruebas estructuradas de interacción breve para problemas de interacción social (Caballo, 1997)

NOMBRE DE LA PRUEBA	AUTOR(ES)
«Test de situación» ( <i>Situation Test, ST</i> )	Rehm y Marston (1968)
«Prueba de la situación grabada» ( <i>Taped Situation Test, TST</i> )	Rehm y Marston (1968)
«Test conductual de representación de papeles» ( <i>Behavioral Role Playing Test, BRPT</i> )	McFall y Marston (1970)
«Test conductual de representación de la aserción» ( <i>Behavioral Role-Playing Assertion Test</i> )	McFall y Lillesand (1971)
«Situaciones interpersonales grabadas en cinta» ( <i>Tape Recorded Interpersonal Situations</i> )	Goldstein et al. (1973)
«Test conductual de asertividad-revisado» ( <i>Behavioral Assertiveness Test-Revised, BAT-R</i> )	Eisler, Hersen y Miller (1975)
«Test de representación de papeles de la conducta interpersonal» ( <i>Interpersonal Behavior Role-Playing Test, IBRT</i> )	Goldsmith y McFall (1975)
«Muestra de la aserción de mujeres universitarias» ( <i>College Women's Assertion Sample</i> )	MacDonald et al. (1975)
«Test para la evaluación de la conducta de citarse» ( <i>Dating Behavior Assessment Test</i> )	Glass, Gottman y Shmurak (1976)
«Test de asertividad para niños» ( <i>Behavioral Assertiveness Test for Children</i> )	Bornstein et al. (1977)
«Test conductual de la expresión de cariño» ( <i>Behavioral Test of Tenderness Expression, BTTE</i> )	Warren y Gilner (1978)
«Prueba de adecuación heterosocial» ( <i>Heterosocial Adequacy Test, HAT</i> )	Perry y Richards (1979)
«Test de Interacción social simulada» ( <i>Simulated Social Interaction Test, SSIT</i> )	Curran (1982)
«Medidas conductuales de la conversación» ( <i>Behavioral Conversational Measures</i> )	Haemmerlie y Montgomery (1982)
«Test de situaciones conductuales» ( <i>Behavioral Situations Test</i> )	Barrios (1983)
«Test de interacción social simulada-modificado» (SSIT-M)	Caballo (1987), basado en Curran (1982)

Además de las situaciones análogas breves se han utilizado también *situaciones análogas extensas*, en las que existe una mayor interactividad entre el sujeto y la otra persona con la que se relaciona, generalmente un ayudante del psicólogo. Normalmente la interacción se graba en video y luego se analiza el comportamiento del sujeto, tanto de forma global (ansiedad social, habilidad social) como descomponiéndolo en elementos moleculares, específicos, verbales y no verbales (p.ej., mirada, gestos, expresión facial, etc.). Para la evaluación de estos componentes se suelen utilizar formatos de calificación de la adecuación y sincronización de estos elementos moleculares en la situación registrada. Un ejemplo de estos formatos de calificación es el «Sistema de evaluación conductual de la habilidad social» (SECHS) (Caballo, 1987, 1997), por medio del cual se puntúa en una escala de 1 a 5 la adecuación de una serie de conductas verbales y no verbales específicas. Un ejemplo de esa evaluación de un componente específico (la mirada), extraída del SECHS, sería la siguiente:

#### *Mirada*

- 1 = Mira muy poco. Impresión negativa.  
Mira continuamente. Muy desagradable.
- 2 = Mira poco. Impresión algo negativa.  
Mira en exceso. Desagradable.
- 3 = Frecuencia y patrón de mirada normales
- 4 = Frecuencia y patrón de mirada buenos. Agradable.
- 5 = Frecuencia y patrón de mirada muy buenos. Muy agradable.

Otros estudios han seleccionado determinados componentes moleculares (p.ej., automanipulaciones, expresión facial, postura, orientación, gestos, etc.) y han evaluado cada uno de estos componentes según una escala tipo Likert de 11 puntos, desde «no expresa nada de ansiedad» hasta «expresa una ansiedad extrema» (Monti *et al.*, 1984). Otros formatos de calificación de los componentes moleculares de las conductas de interacción social son el «Sistema de evaluación de habilidades sociales intermedias» (*Behavioral Referenced Rating System of Intermediate Social Skill, BRISS*) (Wallander, Conger y Conger, 1985), la «Lista de evaluación de habilidades sociales de nivel intermedio» (*Intermediate Level Social Skills Assessment Checklist, ILSSAC*) (Farrell, Rabinowitz, Wallander y Curran, 1985) o la «Escala de evaluación» (*Rating scale*) (Trower, Bryant y Argyle, 1978).

Aunque las situaciones análogas extensas son más parecidas a las situaciones de la vida real que las breves y preferibles a estas, no están libres de problemas y críticas. La limitación a un tipo de situación concreta, la falta de consecuencias reales de la interacción, la conducta preprogramada del ayudante que interactúa con el sujeto son problemas inherentes a las situaciones análogas extensas.

Algunos investigadores han intentado medir el comportamiento de evitación en vez de las habilidades sociales o la conducta de interacción social. La «Prueba de aproximación/evitación conductual» (*Behavioral Approach/Avoidance Test, BAT*) es una estrategia de evaluación que se puede utilizar de diversas formas y con distin-

tos problemas. En el caso de los sujetos con fobia social, se suele construir una lista específica al individuo de situaciones sociales difíciles. Éste puntúa la dificultad de cada situación, de forma que al final se tiene una jerarquía de situaciones sociales ordenadas por grado de dificultad. En la evaluación de la BAT, se describe cada ítem de la misma, empezando con la situación más fácil, y se le pide al sujeto que lo lleve a cabo. Luego se comprueba si el individuo se ha enfrentado a la situación y el grado de ansiedad manifestado (Scholing y Emmelkamp, 1990).

### *Medidas psicofisiológicas*

Los registros psicofisiológicos han sido poco empleados en la evaluación de la fobia social. La variable más utilizada ha sido la tasa cardíaca, pero también se han empleado otras como la presión y el flujo sanguíneos, las respuestas electrodermales, la respuesta electromiográfica y la respiración (Caballo, 1997). No obstante, se ha señalado que la tasa cardíaca, por ejemplo, puede reflejar otros procesos distintos al miedo. Algunos estudios en el área de la ansiedad social han encontrado que sujetos que no tienen ansiedad social reaccionan aumentando la tasa cardíaca cuando tienen que hablar en público. Se ha señalado que quizás la demanda cardiovascular requerida cuando se da una charla es tan importante que pueden enmascarar cualquier prueba que existiera de un componente afectivo de este sistema (Lang, Levin, Miller y Kozak, 1983). Por todo ello, se ha cuestionado la fiabilidad y validez de los registros psicofisiológicos, señalándose que existen pocas razones para recomendar la evaluación psicofisiológica como práctica habitual para los sujetos con fobia social (Scholing y Emmelkamp, 1990). Estos autores señalan, además, que es cuestionable que estas medidas añadan información significativa a la que se obtiene mucho más fácilmente por medio de las medidas conductuales y de autoinforme de la ansiedad social.

## **Conclusiones y tendencias futuras**

La evaluación de la ansiedad/fobia social constituye un asunto de especial importancia a la hora de conocer y tratar este problema tan actual. A lo largo de este artículo se han visto diferentes métodos de evaluación de la ansiedad/fobia social y, dentro de cada método, toda una serie de estrategias. Las más utilizadas son, claramente, la entrevista y las escalas de autoinforme, junto con el autorregistro cuando implicamos al tratamiento. Aunque hoy día, a diferencia de lo que ocurría hace unos pocos años, existe una cantidad notable de escalas de evaluación de la ansiedad/fobia social, se necesita más investigación que establezca las áreas de contenido que toda escala deber cubrir, el mejor formato de respuesta y las relaciones de estas escalas con otras que miden constructos asociados. El pequeño estudio que se incluye en este trabajo indica una estrecha asociación entre fobia social, habilidad social, trastorno de la personalidad por evitación, timidez y neuroticismo. Por otra parte, aunque la entrevista no estructurada es la estrategia de eva-

luación más utilizada a nivel clínico, falta todavía un largo camino por recorrer con respecto a las entrevistas estructuradas y semiestructuradas que incluyen a la fobia social en ellas. Otra cuestión a resolver es que todavía no existe una entrevista fiable y validada dedicada en exclusiva a la evaluación de la fobia social. Finalmente, hay mucho por hacer en la evaluación conductual de la ansiedad/fobia social. Quizás con las nuevas tecnologías (cámaras de video en miniatura, observación a través de Internet, etc.) podamos, si no resolver definitivamente, sí al menos mejorar notablemente este método tan importante de evaluación.

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición revisada) (DSM-III-R). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Antony, M. M. (2001). Assessment of the anxiety and the anxiety disorders. En M. M. Antony, S. M. Orsillo y L. Roemer (dirs.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 9-17). Nueva York: Kluwer/Plenum.
- Antony, M. M., Downie, F. y Swinson, D. H. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive compulsive disorder. En R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman y M. A. Richter (dirs.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (pp. 3-32). Nueva York: Guilford.
- Antony, M. M. y Swinson, D. H. (2000). *Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Beidel, D. C. y Morris, T. L. (1995). Social phobia. En J. S. March (dir.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 181-211). Nueva York: Guilford.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y 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.
- Bellack, A. S. y Morrison, R. L. (1982). Interpersonal dysfunction. En A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (dirs.), *International handbook of behavior modification and therapy*. Nueva York: Plenum.
- Bornstein, M. R., Bellack, A. S. y Hersen, M. (1977). Social skills training for unassertive children: A multiple baseline analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 183-195.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Lifetime Version)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Caballo, V. E. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (2ª edición). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (1993). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 1, 73-99.
- Caballo, V. E. (1995a). Fobia social. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 1: Fundamentos conceptuales, trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos* (pp. 285-340). Madrid: Siglo XXI.

- Caballo, V. E. (1995b). Una aportación española a los aspectos moleculares, a la evaluación y al entrenamiento de las habilidades sociales. *Revista Mexicana de Psicología*, 12, 121-131.
- Caballo, V. E. (2004). *Cuestionario de interacción social para adultos (CISO-A)*. Manuscrito no publicado.
- Caballo, V. E. y Álvarez-Castro, S. (1995, julio). Some psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) in a Spanish sample. Comunicación presentada en el *I World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies*, Copenhague (Dinamarca).
- Caballo, V. E., Andrés, V. y Bas, F. (1997). Fobia social. En V. E. Caballo (dir), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1* (pp. 25-87). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. y Buela, G. (1988a). Molar/molecular assessment in an analogue situation: relationships among several measures and validation of a behavioral assessment instrument. *Perceptual and Motor Skills*, 67, 591-602.
- Caballo, V. E. y Buela, G. (1988b). Factor analyzing the College Self-Expression Scale with a Spanish population. *Psychological Reports*, 63, 503-507.
- Caballo, V. E. y Carrobes, J. A. I. (1988). Comparación de la efectividad de diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 6, 93-114.
- Caballo, V. E. González, S. e Iruiria, M. J. (2003). *Cuestionario de interacción social para niños (CISO-N)*. Manuscrito no publicado.
- Caballo, V. E., Quesada, T., Ortiz, R. y López, M. (1998, julio). Evaluación de la fobia social por medio de inventarios: Análisis factorial del 'Inventario de Ansiedad/Fobia Social' (SPAI). Comunicación presentada en el *II Congreso Iberoamericano de Psicología* Madrid (España).
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E. y Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): A new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Crake, M. G. y Craig, K. D. (1984). Musical performance anxiety: The three systems model and self-efficacy theory. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 267-280.
- Curran, J. P. (1982). A procedure for the assessment of social skills: The Simulated Social Interaction Test. En J. P. Curran y P. M. Monti (dirs.), *Social skills training: A practical handbook for assessment and treatment* (pp. 348-373). Nueva York: Guilford.
- Curran, J. P., Corriveau, D. P., Monti, P. M. y Hagerman, S. B. (1980). Social skill and social anxiety: Self-report measurement in a psychiatric population. *Behavior Modification*, 4, 493-512.
- Davidson, J. R. T., Potts, N. L. S., Richichi, E. A., Ford, S. M., Krishnan, R. R., Smith, R. D. y Wilson, W. H. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52 (Suppl. 11), 48-51.
- DiNardo, P., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Dodge, C. S., Hope, D. A., Heimberg, R. G. y 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). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Eisler, R. M. (1976). Behavioral assessment of social skills. En M. Hersen, y A. S. Bellack (dirs.), *Behavioral assessment: A practical handbook*. Oxford: Pergamon.
- Eisler, R. M., Hersen, M., Miller, P. M. y Blanchard, E. B. (1975). Situational determinants of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 29, 295-299.

- Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research and practice*. Nueva York: Plenum.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1963). *Eysenck Personality Inventory*. Londres: University of London Press (Versión española de TEA).
- Farrell, A. D., Rabinowitz, J. A., Wallander, J. L. y Curran, J. P. (1985). An evaluation of two formats for the intermediate-level assessment of social skills. *Behavioral Assessment*, 7, 155-171.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (SCID-IP)*. Nueva York: New York State Psychiatric Institute.
- Furmak, T., Tillfors, M., Everz, P. O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O. y Fredrickson, M. (1999). Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 416-424.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Martin, L. Y., Gallops, M. S., Endicott, J., Schleyer, B., Gorman, J., Liebowitz, M. R. y Klein, D. F. (1989). Reliability of anxiety assessment: II. Symptom assessment. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1102-1110.
- Galassi, J. P., DeLo, J. S., Galassi, M. D. y Bastien, S. (1974). The College Self-Expression Scale: A measure of assertiveness. *Behavior Therapy*, 5, 165-171.
- Gambrill, E. D. y Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (2001). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation scale and the Social Avoidance Distress scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.
- Glass, C. R., Gottman, J. M. y Shmurak, S. H. (1976). Response-acquisition and cognitive self-statement modification approaches to dating skills training. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 520-526.
- 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.
- Goldsmith, J. B. y McFall, R. M. (1975). Development and evaluation of an interpersonal of an interpersonal skills-training program for psychiatric patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 51-58.
- Goldstein, A. P., Martens, J., Hubben, J., Belle, H. A., Schaaf, W., Wiersma, H. y Goedhart, A. (1973). The use of modeling to increase independent behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 31-42.
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199-212.
- Hofmann, S. G. y DiBartolo, P. M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: Scale development and preliminary psychometric properties. *Behavior Therapy*, 31, 499-515.
- Jones, W. H. y Russell, D. (1982). The Social Reticence Scale: An objective instrument to measure shyness. *Journal of Personality Assessment*, 46, 629-631.
- Katzelnick, D. J. y Geist, J. H. (2001). Social anxiety disorder: an unrecognized problem in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 Suppl 1, 11-15.
- Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. (417)*, 19-27.

- Lang, P. J., Levin, D. N., Miller, G. A. y Kozak, M. J. (1983). Fear behavior, fear imagery, and the psychophysiology of emotion: The problem of affective response integration. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 276-306.
- Leary, M. R. (1983). Social anxiousness: The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment, 47*, 66-75.
- Lepine, J. P. y Pelissolo, A. (2000). Why take social anxiety disorder seriously? *Depression and Anxiety, 11*, 87-92.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry, 22*, 141-173.
- MacDonald, M. L., Lindquist, C. V., Kramer, J. A., McGrath, R. A. y Rhyne, L. L. (1975). Social skills training: The effects of behavior rehearsal in groups on dating skills. *Journal of Counseling Psychology, 22*, 224-230.
- McFall, R. M. y Lillesand, D. B. (1971). Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *Journal of Abnormal Psychology, 77*, 313-323.
- McFall, R. M. y Marston, A. R. (1970). An experimental investigation of behavior rehearsal in assertive training. *Journal of Abnormal Psychology, 76*, 295-303.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A. y Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 53*, 159-168.
- Mattick, R. P. y Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 455-470.
- Millon, T. (1987). *Manual for de MCMI-II* (2ª ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Monti, P. M., Boice, R., Fingeret, A. L., Zwick, W. R., Kolko, D., Munroe, S. y Grunberger, A. (1984). Midi-level measurement of social anxiety in psychiatric and non-psychiatric samples. *Behaviour Research and Therapy, 22*, 651-660.
- Neufeld, K. J., Swartz, K. L., Bienvenu, O. J., Eaton, W. W. y Cai, G. Incidence of DIS/DSM-IV social phobia in adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 100*, 186-192.
- Oei, T. P., Kenna, D. y Evans, L. (1991). The reliability, validity, and utility of the SAD and FNE scales for anxiety disorder patients. *Personality and Individual Differences, 12*, 111-116.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in a Spanish adolescent population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 21*, 67-78.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A) CIDI-interview (version 1.0), b) CIDI-user manual, c) CIDI-training manual, d) CIDI-computer programs*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Orsillo, S. M. (2001). Measures for social phobia. En M. M. Antony, S. M. Orsillo y L. Roemer (dirs.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 165-187). Nueva York: Kluwer/Plenum.
- Paul, G. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy: An experiment in anxiety reduction*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- Perpiñá, C., Gallardo, M., Botella, C. y Villa, H. (2003). La evaluación del fobia social. En C. Botella, R. M. Baños y C. Perpiñá (dirs.), *Fobia social* (pp. 119-150). Barcelona: Paidós.
- Perry, M. G. y Richards, C. S. (1979). Assessment of heterosocial skills in male college students: Empirical development of a behavioral roleplaying test. *Behavior Modification, 3*, 337-354.

- Rehm, L. P. y Marston, A. R. (1968). Reduction of social anxiety through modification of self-reinforcement: An instigation therapy technique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 565-574.
- Richardson, F. C. y Tasto, D. L. (1976). Development and factor analysis of a social anxiety inventory. *Behavior Therapy*, 7, 453-462.
- Robins, L. N., Cottler, L., Buchholz, K. y Compton, W. (1995). *The Diagnostic Interview Schedule, Version IV*. St. Louis, MO: Washington School of Medicine.
- Rogers, R. (2001). *Handbook of diagnostic and structured interviewing*. Nueva York: Guilford.
- Schooling, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1990). Social phobia: nature and treatment. En H. Leitenberg (dir.), *Handbook of social and evaluation anxiety* (pp. 269-324). Nueva York: Plenum.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorin, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal fo Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl. 20), 22-33.
- Silverman, W. K. y Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Child Version (ADIS-IV-Child)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Stein, M. B. y Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1606-1613.
- Trower, P., Bryant, B. y Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. Londres: Methuen.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Orsillo, S. M., Holt, C. S., Gitow, A., Street, L. L., Schneider, F. R. y Liebowitz, M. R. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 209-223.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40
- Van Velzen, C. J. M., Emmelkamp, P. M. G. y Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioral treatment outcome for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 889-900.
- Walen, S. R. (1985). Social anxiety. En M. Hersen y A. S. Bellack (dirs.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults* (pp. 109-132). Nueva York: Plenum.
- Walker, J. R. y Kjernisted, K. D. (2000). Fear: the impact and treatment of social phobia. *Journal of Psychopharmacology*, 14(2 Suppl 1), S13-23.
- Wallander, J. L., Conger, A. J. y Conger, J. C. (1985). Development and evaluation of a behaviorally referenced rating system for heterosocial skills. *Behavioral Assessment*, 7, 137-153.
- Warren, N. J. y Gilner, F. H. (1978). *The Behavioral Test of Tenderness Expression*. Manuscrito sin publicar.
- Watson, D. y Friend, R., (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Wittchen, H. U. y Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 617-641.
- Wittchen, H. U. y Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. (417)*, 4-18.
- Zweig, D. R. y Brown, S. D. (1985). Psychometric evaluation of a written stimulus presentation format for the Social Interaction Self-Statement Test. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 285-295.