

Validación del Inventario de Fobia Social en una muestra de personas con trastorno de ansiedad social en Puerto Rico.¹

Karen L. Cáez-Reyes
Sean K. Sayers-Montalvo²
Alfonso Martínez-Taboas
Universidad Carlos Albizu
Recinto de San Juan, Puerto Rico

Resumen

El trastorno de ansiedad social es uno que puede identificarse en innumerables países a través del mundo y uno que se relaciona íntimamente a un funcionamiento psicosocial muy empobrecido. El objetivo de este artículo es presentar las propiedades psicométricas del Inventario de Fobia Social (IFS) en una muestra de participantes con el trastorno de ansiedad social y comparar los resultados con un grupo control de participantes universitarios. Los resultados revelaron que el IFS posee una excelente confiabilidad interna de .95. El análisis de factores indicó que el IFS posee dos factores principales. Uno se relaciona a miedo/evitación y el segundo factor a malestar fisiológico. Al realizar un análisis de varianza (ANOVA) para determinar si se diferenciaban las puntuaciones del grupo de participantes con ansiedad social y el grupo control, encontramos diferencias significativas en dichas puntuaciones. Por último, calculamos los tamaños de los efectos utilizando la fórmula de *d* de Cohen, y encontramos tamaños de los efectos robustos, lo que apunta a que las magnitudes de las diferencias entre ambos grupos eran grandes.

Palabras clave: trastorno de ansiedad social, análisis factorial, Inventario de Fobia Social, psicometría.

Abstract

Social Anxiety Disorder has been identified in many countries around the world and has been related to severe functional impairment. The objective of the current article is to present the psychometric properties of the Social Phobia Inventory, Spanish Version, in a sample of participants with social anxiety disorder and to compare the results with a control group of university students. The results revealed that the SPI has an excellent internal reliability of .95. A factor analysis

¹ Nota: Este artículo fue sometido para evaluación en abril de 2012 y aceptado para publicación en abril de 2013.

² Para más información acerca de esta investigación puede comunicarse con Sean K. Sayers-Montalvo, Programa Ph.D. en Psicología Clínica, Universidad Carlos Albizu, Recinto de San Juan, PO Box 9023711, San Juan, PR 00902-3711. E-mail: ssayers@sju.albizu.edu

indicated that the SPI has two principal factors. One of them is related to fear/avoidance and the second is related to physiological distress. Moreover, an ANOVA analysis found significant differences when the mean scores of both groups were compared. Finally, large effect sizes were found when Cohen's *d* was calculated, indicating that the mean score difference between both groups was big.

Keywords: social anxiety disorder; factor analysis; Social Phobia Inventory; psychometric properties.

El trastorno de ansiedad social (TAS) es definido como un trastorno de ansiedad cuya característica medular es un miedo marcado y persistente de interactuar en situaciones sociales. Este temor se basa en la creencia de que sus actuaciones serán evaluadas de una manera muy desfavorable por las demás personas, lo que traerá humillación o vergüenza a la persona. Concomitantemente, la persona informa sentirse muy ansiosa en dichas situaciones sociales, algunas al punto de tener un ataque de pánico. Para evitar dicha ansiedad, las personas con TAS suelen evitar exponerse a situaciones sociales donde pueden ser evaluadas, tales como ofrecer conferencias, una cita amorosa, o una entrevista para un empleo muy competitivo (Stravynski, 2007).

El TAS es uno que usualmente es acompañado con una incapacidad psicosocial notable (Korbly & Simon, 2003). Así, por ejemplo, son personas con pocas amistades y lazos sociales (Schneier et al., 1994). Los datos epidemiológicos revelan que la mayoría de las personas con un TAS tienden a ser solteros y a no casarse nunca (Korbly & Simon, 2003).

El TAS también se relaciona con insatisfacción con la vida y una pobre calidad de vida (Sareen & Stein, 2003). El TAS ha sido relacionado consistentemente con dificultades en desenvolvimiento escolar y educativo, lo que lleva a que la persona pueda bajar de estratificación social cuando se le compara con su familia de origen (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle & Kessler, 1996). A nivel conductual, personas con TAS suelen demostrar un pobre contacto visual con otras personas, tienden a sonrojarse, temblar o sudar en situaciones de evaluación social, y muchos presentan dificultades severas para hablar ante el público (Heimberg & Becker, 2002).

A pesar de que este trastorno es uno que causa disfuncionalidad en varios renglones de la vida, se sabe que la mayoría de las personas con TAS no buscan ayuda para su condición (Olsson et al., 2000). Si no se busca ayuda terapéutica, la persona puede continuar este trastorno por muchos años y hasta mostrar un TAS crónico y recalcitrante al tratamiento. Esto resulta más lamentable aún, ya que al día de hoy hay disponibles tratamientos psicoterapéuticos (Magee, Erwin & Heimberg, 2009) y farmacológicos (Van Ameringen, Mancini & Patterson, 2009) muy efectivos.

La literatura indica que el TAS es uno relativamente común en términos epidemiológicos. Por ejemplo, en el National Comorbidity Survey Replication (Kessler, Berglund, Demler, Jin, & Walters, 2005) se encontró una prevalencia de 12.1% y una prevalencia de un año de 6.8%. Una revisión reciente llevada a cabo por Furmark (2002), en donde se utilizaron 43 estudios epidemiológicos, reveló una prevalencia de por vida de un 7% a un 13%. Por su parte, Vicente, Kohn, Rioseco, Saldivia, Levav y Torres (2006), en un abarcador estudio epidemiológico en Chile, encontraron una prevalencia de por vida para el TAS de 9.8% y una prevalencia de un año de 6.4%. Estos datos coinciden con lo encontrado en otros países. Sin embargo, Medina-Mora et

al. (2008) reportaron una prevalencia en México algo más baja: sólo el 2.2 de los varones y el 3.6 de las mujeres informaron una prevalencia de por vida de este trastorno.

Diversos estudios han hallado que los perfiles clínicos de TAS pueden ser detectados ya temprano en la adolescencia y a veces en la niñez (Beidel & Alfano, 2011; Morris, 2001). Cuando esto ocurre, el TAS se relaciona con mutismo, rehusar ir a la escuela, ansiedad de separación, inhibición social y timidez marcada (Hofmann, Alpers & Pauli, 2009). Inglés, Méndez e Hidalgo (2001), en una investigación en España, encontraron que en 538 estudiantes adolescentes, entre 12 a 18 años, el 8.18% cumplía criterios clínicos de una fobia social generalizada. Los datos de esta investigación revelaron que estos adolescentes tenían miedo de hablar en público, mostraban inestabilidad emocional y dificultades interpersonales.

En Puerto Rico las investigaciones sobre fobia social se han limitado a unos pocos estudios epidemiológicos. A nivel anecdótico, muchos clínicos informan estar atendiendo personas con TAS, pero no se han realizado esfuerzos sistemáticos para estudiar esta condición. Un primer paso para estudiar y evaluar adecuadamente a una persona con TAS es tener disponible algunos instrumentos de medición que sean sensitivos y específicos a este trastorno. En la literatura anglosajona se han desarrollado un sinnúmero de instrumentos y escalas para medir el TAS. Estas van desde entrevistas clínicas estructuradas como el Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV (Brown, DiNardo & Barlow, 1994), escalas de puntuaciones clínicas como la Liebowitz Social Anxiety Scale (Liebowitz, 1987) y medidas de autoreporte tales como el Social Interaction Anxiety Scale (Mattick & Clarke, 1998).

Para este estudio, decidimos utilizar el Inventario de Fobia Social (IFS; Connor et al., 2000). El IFS es una prueba de autoreporte que mide las respuestas de ansiedad ante situaciones sociales. Esta prueba se creó con el propósito de ser utilizada con poblaciones clínicas, sin embargo debido a su brevedad y diseño comprensivo, también ha sido utilizada para evaluar la ansiedad social en poblaciones no clínicas en estudios experimentales (Ashbaugh, Antony, McCabe, Schmidt & Swinson, 2005). Según Antony, Coons, McCabe, Ashbaugh y Swinson (2006), el IFS fue diseñado para diferenciar personas con trastorno de ansiedad social de los que no poseen este trastorno.

El propósito de este estudio fue corroborar si el IFS resulta de utilidad clínica en una muestra hispana. Para determinar esto, utilizamos el IFS en una muestra de pacientes con ansiedad social, y con personas sin diagnóstico psiquiátrico. Asimismo deseamos conocer las propiedades psicométricas del IFS, auscultando su consistencia interna, y se realizó un análisis de factores para evaluar la validez de constructo del instrumento. También, deseábamos auscultar si las personas con diagnóstico de ansiedad social tenían puntuaciones significativamente diferentes de un grupo control de participantes.

Método

Participantes

La muestra de este estudio consistió de 200 participantes, 20 adultos/as con trastorno de ansiedad social y 180 sin trastorno de ansiedad social. Kline (2000) indica que, para estudios cuya metodología es de tipo psicométrico, una muestra compuesta de no menos de 100 personas es lo mínimo tolerable para garantizar que el instrumento posea confiabilidad adecuada. Sin embargo, también sostiene que una muestra de no menos de 200 personas es lo más adecuado.

Los participantes que tenían el trastorno de ansiedad social fueron diagnosticados por el psicólogo o psiquiatra que tenía a su cargo el caso utilizando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación de Psiquiatría Americana (2000). En este grupo, la edad promedio fue de 32 años ($DE= 9.69$). Doce (60%) de los participantes eran mujeres y 8 (40%) eran varones. El 55% de las personas con ansiedad social poseían al menos un bachillerato y el 65% eran personas solteras. Por el otro lado, los/as participantes en el grupo control consistieron de 90 varones y 90 mujeres con un promedio de edad de 26.3 años ($DE= 6.22$). Ciento treinta y ocho (77%) estaban solteros/as y todos/as poseían al menos un bachillerato.

Los criterios de inclusión de los participantes que poseían ansiedad social, eran: (a) personas de 21 años de edad en adelante; (b) estar diagnosticados con el TAS por un psicólogo o psiquiatra licenciado y que presentaba sintomatología activa de acuerdo a los criterios establecidos por el DSM-IV-TR (2000); (c) autorizaban participar en la investigación de manera voluntaria; y (d) completar en su totalidad de forma voluntaria la Planilla de Datos Sociodemográficos y el Inventario de Fobia Social. Para los participantes del grupo control, los criterios de inclusión fueron exactamente los mismos, pero añadiéndose que todos/as tenían que ser estudiantes activos en alguna universidad de Puerto Rico. Se excluyeron del estudio en ambos grupos participantes con historial de trastorno bipolar, esquizofrenia, psicosis y abuso de alcohol o drogas durante el último año.

Materiales

Hoja de datos sociodemográficos - Recogía información básica de los participantes, tales como género, edad, estado civil, preparación académica y se preguntaba si el participante participaba en la actualidad de tratamiento psicológico.

Inventario de Fobia Social (IFS; Connor et al., 2006) - Para esta investigación se utilizó la traducción al castellano realizada por Bobes, Bascarán, González & Wallace (1998). El IFS es una prueba de autoinforme que mide las respuestas de ansiedad ante diversas situaciones sociales. Antony et al. (2006) indican que el IFS fue diseñado para servir como herramienta de evaluación para diferenciar individuos con trastorno de ansiedad social de los que no poseen el trastorno, y ser una medida válida de severidad de síntomas de ansiedad social.

El IFS mide el constructo de ansiedad social tomando en consideración tres dimensiones: miedo, evitación y malestar fisiológico. La primera dimensión se refiere al miedo a personas con autoridad, fiestas y eventos sociales, ser criticado, hablar con extraños, y temor de ser avergonzado. La segunda dimensión es de evitación social al momento de hablar con extraños, ir a actividades sociales, ser el centro de atención, realizar presentaciones orales. La tercera dimensión es malestar fisiológico que consiste en sonrojarse, sudar, palpitaciones y temblar ante otras personas.

El IFS está compuesto de 17 reactivos (6 reactivos miden miedo social, 7 miden evitación social y 4 miden malestar fisiológico en situaciones sociales). El mismo se contesta en una escala de frecuencia Likert de 5 puntos: 0= nada, 1= un poco, 2 = algo, 3= mucho, 4 = extremo. La puntuación total del Inventario se extiende de 0 a 68 puntos.

La revisión de Antony et al. (2006) indica que, el IFS obtiene una consistencia interna de .92 para la puntuación total y .85, .82 y .79 para las subescalas de Miedo, Evitación y Malestar fisiológico en casos de pacientes con fobia social. En el estudio de Connor et al. (2000) se utilizó

una muestra de 353 participantes con cinco grupos de participantes, entre ellos voluntarios sin psicopatología y pacientes psiquiátricos sin trastorno de ansiedad social. Los resultados indicaron que el IFS posee una excelente confiabilidad interna de .94, validez convergente, validez divergente y validez de constructo (Connor et al., 2006).

Procedimiento

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Carlos Albizu, y se les garantizó a todos/as los/as participantes su confidencialidad, anonimato y voluntariedad con su participación. Para obtener la muestra de participantes sin el diagnóstico de ansiedad social, se solicitó la autorización por escrito a los rectores y decanos académicos de tres diferentes universidades ubicadas en Puerto Rico. Luego de esto, se procedió a contactar a los/as profesores/as para ofrecer información sobre la investigación y obtener la autorización verbal y por escrito. Una vez se logró la autorización de los profesores, se comenzó a obtener la muestra del estudio y se procedió a la fase de administración.

Para la obtención de la muestra de participantes con fobia social, se solicitó la autorización por escrito a psicólogos/as, psiquiatras y directores/as de clínicas de salud mental para que cooperaran identificando personas con el diagnóstico de ansiedad social. Una vez se hacía un referido, se citaba a la persona en la misma oficina del psicólogo o psiquiatra que había hecho el referido y en un espacio privado se administraban los instrumentos.

Diseño de investigación y análisis estadísticos

El diseño que se utilizó fue uno no experimental de tipo exploratorio. Según Hernández, Fernández y Baptista (2003), este tipo de diseño se efectúa en circunstancias donde el problema de investigación ha sido poco estudiado. Además se analizaron las propiedades psicométricas del IFS que incluyeron su validez, confiabilidad y discriminación, así como su estructura factorial.

Para realizar los análisis de los datos de esta investigación se utilizó la versión más reciente del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17.0. Se evaluó la consistencia interna de cada componente utilizando el alfa de Cronbach. Se esperaba que el coeficiente alfa de Cronbach fuera igual o mayor que .80. Luego se llevó a cabo un análisis de factores utilizando la rotación Varimax para conocer si los reactivos se agruparían según la escala original del IFS. Se esperaba que la carga del factor fuera mayor o igual a .30 y que los factores tendrían un valor Eigen mayor o igual a 1 (Kline, 2000). A su vez, para nombrar los factores, los mismos deben explicar por lo menos el 5% de la varianza (Pett, Lackey & Sullivan, 2003).

También, utilizando un nivel de significancia de .05, se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA) para conocer si había diferencia significativa entre las puntuaciones obtenidas en el IFS y sus factores entre la muestra de pacientes con ansiedad social y la del grupo control de estudiantes universitarios. Por último, se utilizó la métrica de los tamaños de los efectos (d de Cohen) para conocer la magnitud de las diferencias entre el grupo de participantes con ansiedad social y el grupo control.

Resultados

Análisis de confiabilidad

Se llevó a cabo un análisis de confiabilidad interna alfa Cronbach con los 17 reactivos del IFS. De acuerdo con Kline (2000), un índice de .80 en adelante es una medida adecuada de consistencia interna. Los resultados indicaron que, para la muestra total, se obtuvo un alfa Cronbach de .95. Al dividir la muestra por grupo, se encontró que el alfa de Cronbach de la muestra de ansiedad social fue de .96 mientras que el del grupo control fue de .84. Estos resultados indican que el IFS posee una buena consistencia interna.

Análisis de factores

El análisis de factores es una técnica de reducción de variables en donde las variables observadas son agrupadas de acuerdo con su índice de correlación o carga factorial bajo un mismo subgrupo. Esto sugiere que ese subgrupo de variables puede estar midiendo aspectos de una misma dimensión.

Se realizó un análisis de factores utilizando un valor Eigen mayor o igual a 1 y una carga factorial mayor o igual a .30 con el fin de identificar los componentes o factores que pudieran existir en la escala. Según los criterios establecidos, al evaluar la matriz del componente principal, se encontró que existen dos componentes con valor Eigen mayor de 1 que explican 64.5% de la varianza.

Tabla 1
Componentes principales extraídos en el análisis de factores del SPIN

Componente	Valor Eigen	% Varianza Explicada	% Acumulativo de Varianza
1	9.81	57.72	57.72
2	1.15	6.78	64.50

Luego se procedió a llevar a cabo un análisis de factores utilizando la técnica de rotación Varimax para conocer cómo se podían reagrupar los 17 reactivos del IFS. Dicho análisis encontró dos factores con valores Eigen sobre 1 que podían explicar el 64.5% de la varianza. El Factor 1, con un valor de Eigen de 6.55, explicó el 38.54% de la varianza, mientras que el Factor 2 explicaba el 25.96% de la varianza, para un total de 64.5%. El Factor 1 se denomina Miedo y Evitación, mientras que el Factor 2 se denomina Malestar Fisiológico. En la Tabla 2 se presenta la carga factorial de los 17 reactivos por factor. Estos hallazgos sugieren que estos reactivos miden conducta o sintomatología asociada a ansiedad social.

Análisis de confiabilidad por factor - Se procedió a evaluar el índice de confiabilidad para cada factor utilizando el análisis de alfa de Cronbach. Para el Factor 1 el alfa de Cronbach fue de .94 mientras que para el Factor 2 fue de .83. De acuerdo con Kline (2000), estos índices son adecuados ya que sobrepasan el criterio de .80.

Tabla 2

Resultados de la Rotación de Reactivos del Análisis Varimax para los 17 Reactivos del IFB

Reactivo	Factor 1	Factor 2
3. Las fiestas y acontecimientos sociales me dan miedo	.80	
9. Evito actividades en que soy el centro de atención	.80	
8. Evito ir a fiestas	.76	
14. Temo hacer las cosas cuando la gente puede estar mirándome	.75	
10. Hablar con extraños me atemoriza	.73	
4. Evito hablar con desconocidos	.71	
6. Por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente	.71	
1. Tengo miedo a las personas con autoridad	.64	
16. Evito hablar con cualquiera que tenga autoridad	.64	
5. Me da mucho miedo ser criticado	.60	
11. Evito dar discursos	.60	
15. Entre mis mayores miedos están hacer el ridículo o parecer estúpido	.60	
2. Me molesta ruborizarme delante de la gente		.76
17. Temblar o presentar sacudidas delante de otros me produce angustia		.75
7. Sudar en público me produce angustia		.69
13. Me dan miedo las palpitaciones cuando estoy con gente		.69
12. Haría cualquier cosa para evitar ser criticado.		.59

Nota. El Factor 1 se denomina Miedo y Evitación mientras que el Factor 2 se denomina Malestar Fisiológico.

Medidas descriptivas y análisis de varianza

La puntuación promedio total para la muestra total del IFS fue de 11.79 ($DE=13.30$). En el grupo con el diagnóstico de ansiedad social la puntuación promedio total fue de 42.40 ($DE=17.31$), mientras que en el grupo control de estudiantes universitarios fue de 8.39 ($DE=6.96$). Al llevar a cabo un análisis de varianza (ANOVA) se encontró que existían diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de ambos grupos. Utilizando la prueba de Levene, esta diferencia fue altamente significativa ($p = .0001$). En la Tabla 3 se pueden observar los resultados del ANOVA para el IFS y sus factores. Podrá apreciarse que tanto en la escala total como en el Factor 1 y 2 se obtuvieron diferencias significativas.

Además, examinamos la distribución de las frecuencias en las puntuaciones del IFS. En el grupo clínico la puntuación mínima fue de 10 y la máxima de 60. En el grupo control la mínima fue de 0 y la máxima de 31. El IFS utiliza un punto de corte de 19 puntos en adelante para establecer si una persona tiene sintomatología de ansiedad social. De acuerdo con esta puntuación (>19), el 85% del grupo con ansiedad social cumple criterios de ansiedad social, mientras que, sólo el 10% del grupo control posee una puntuación igual o mayor de 19.

Tabla 3
Medidas Descriptivas e Inferenciales al Comparar las Puntuaciones de los Participantes Con y Sin Ansiedad Social

Grupo	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	Sig.
Escala Total				
Ansiedad Social	42.40	17.31	286.81	.0001*
No Ansiedad Social	8.39	6.96		
Factor 1				
Ansiedad Social	34.80	12.95	313.36	.0001*
No Ansiedad Social	6.42	5.78		
Factor 2				
Ansiedad Social	7.60	5.02	86.99	.0001*
No Ansiedad Social	1.97	2.14		

* $p < .001$

Tamaño del efecto

Los tamaños del efecto son una medida de la magnitud de la asociación entre una variable independiente y otra dependiente (Verhulst & Colliver, 2009). El cómputo se realiza tomando la media del grupo experimental, a esta se le resta la media del grupo control y su resultado se divide por la puntuación de la desviación estándar. Los tamaños de los efectos son útiles ya que proveen información de una medida estandarizada y objetiva de la magnitud del efecto de las variables bajo estudio. Colliver (2007) indica que un coeficiente de .20 es pequeño, .50 es mediano, .80 es grande y 2.00 es óptimo. Al realizar el análisis de tamaños de los efectos, se encontró para la Escala Total un $d = 2.58$, para el Factor 1 un $d = 2.83$ y para el Factor 2 un $d = 1.46$; estos resultados demuestran que los tamaños de los efectos encontrados son robustos.

Discusión

El propósito de esta investigación fue validar y evaluar las propiedades psicométricas del IFS. A su vez, se deseaba conocer si había diferencias en las puntuaciones obtenidas en la IFS entre personas con o sin diagnóstico de ansiedad social. Nuestros datos proveen evidencia de que el IFS posee una confiabilidad interna y validez aceptable y que este inventario puede ser de mucha utilidad al momento de ser utilizado como instrumento de cernimiento para detectar posibles casos de Trastorno de Ansiedad Social.

En primer lugar, confirmamos que el alfa de Cronbach fue de .95, lo que apunta a una buena confiabilidad interna y una que se asemeja al estudio realizado por Antony et al. (2006), cuyo alfa de Cronbach fue de .95. También se asemeja al reportado por Connor et al. (2000) quien, utilizando una muestra de 148 personas con fobia social, encontró un alfa de Cronbach de .94.

Otro objetivo fue llevar a cabo un análisis de factores para evaluar la validez de constructo del instrumento y determinar los posibles factores que podía tener la escala. Connor et al. (2000) encontraron que el IFS podía agruparse en cinco factores: (a) sentirse socialmente inadecuado; (b) autoestima identificada a miedo y evitación de críticas; (c) síntomas fisiológicos; (d) inferioridad social con miedo y evitación a la autoridad; y (e) evitar ser el centro de atención y hablar en público. A diferencia del IFS en su versión en inglés, la versión en español agrupó

los reactivos en dos factores: Miedo y Evitación (Factor 1) y Malestar Fisiológico (Factor 2). Por lo tanto, este es un aspecto que debe seguir investigándose para dilucidar dichas discrepancias.

De igual forma, en este estudio pudimos corroborar que el IFS logra distinguir de manera significativa a personas que tienen un trastorno de ansiedad social y personas que no poseen este diagnóstico. Connor et al. (2000) confirmaron la validez discriminadora del IFS no sólo con personas sin trastorno psiquiátrico, sino también con un grupo de participantes con otros trastornos psiquiátricos. Asimismo, Antony et al. (2006) también documentaron diferencias significativas aún cuando se utilizaban personas con trastorno de pánico y personas con obsesión-compulsión.

En nuestro estudio el punto de corte de 19, el cual fue sugerido por Connor et al. (2000), resultó ser excelente para detectar aquellos casos de participantes con ansiedad social. El 85% de los participantes con ansiedad social tuvieron una puntuación de 19 o más en el IFS. En el estudio de Connor et al., el 79% de los participantes obtuvieron esta puntuación. En el grupo de participantes universitarios, un 15% obtuvieron una puntuación de 19 o más en el IFS. La pregunta es: ¿serán esas personas fóbicos sociales que no han reconocido su condición o no han buscado ayuda? Debido a que cerca de un 7-12% de la población general cumple criterios de ansiedad social ya que muchos no buscan ayuda, es muy probable que entre los 180 estudiantes universitarios del grupo control, un porcentaje similar tenga este trastorno. Si lo calculamos con un número conservador de 7%, tendríamos que 13 participantes podrían presentar este trastorno, porcentaje muy parecido al encontrado en nuestro estudio. Claro, otra alternativa es que un pequeño grupo de personas muestren un perfil de ansiedad social cuando no lo tengan, lo que indicaría que hay un grupo pequeño de personas que muestran ser falsos positivos en este inventario.

Limitaciones y Recomendaciones

Entre las limitaciones de este estudio se incluye una muestra limitada de personas con ansiedad social. Se recomienda en una investigación futura tener una muestra más amplia de este tipo de participantes. A su vez, otra limitación es que no incluimos un grupo de participantes con algún tipo de trastorno de ansiedad que no fuera de ansiedad social. Incluir este grupo en una investigación futura ayudaría a aclarar el nivel de sensibilidad y especificidad del IFS. Por último, se podrían incluir otros tipos de informes de autoreporte que midan ansiedad social, para medir la validez convergente del IFS.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Autor.
- Antony, M. M., Coons, M. J., McCabe, R. E., Ashbaugh, A. R., & Swinson, R. P. (2006). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory: Further evaluation. *Behavior Research Therapy*, 44(8), 1177-1185.
- Beidel, D. C., & Alfano, C. A. (2011). *Child anxiety disorders: A guide to research and treatment*. New York: Routledge.

- Brown, T. A., DiNardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. New York: Oxford University Press.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Wesler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, *176*, 379-386.
- Erwin, B. A., Turk, C. L., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., & Hantula, D. A. (2004). The Internet: Home to a severe population of individuals with social anxiety disorders? *Journal of Anxiety Disorders*, *18*, 629-646.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *105*, 84-93.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. New York: Guilford Publications.
- Hofmann, S. G., Alpers, G. W., & Pauli, P. (2009). Phenomenology of panic and phobic disorders. En M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 34-46). New York: Oxford University Press.
- Inglés, C. J., Méndez, F. X., & Hidalgo, M. D. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿Factor de riesgo de fobia social? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *6*, 91-104.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593-602.
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Korbly, N. B., & Simon, N. M. (2003). Social anxiety disorder: Phenomenology, epidemiology and Comorbidity. En M. H. Pollack, N. M. Simon, & M. W. Otto (Eds.), *Social anxiety disorder: Research and practice* (pp. 79-103). New York: Professional Publishing Group.
- Liebowitz, M. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Psychopharmacology*, *22*, 141-173.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 159-168.
- Magee, W. J., Erwin, B. A., & Heimberg, R. G. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder and specific phobia. En M. M. Antony, & M. B., Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 334-349). New York: Oxford University Press.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behavior Research and Therapy*, *36*, 455-470.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Fleiz, C., Rojas, E., ... Kessler, R.C. (2008). The Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Overview and results. En R. C. Kessler, & T. B. Ustun (Eds.), *The WHO world mental health surveys* (pp.144-164). New York: Cambridge University Press.
- Morris, T. L. (2001). Social phobia. En M. W. Vasey, & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 435-458). New York: Oxford University Press.
- Olfson, M., Guardino, M., Struening, E., Schneier, F. R., Hellman, F., & Klein, D. F. (2000). Barriers to treatment of social anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 521-527.

- Sareen, J., & Stein, M. B. (2003). Quality of life in social anxiety disorder. En M. H. Pollack, N. M. Simon, & M. W. Otto (Eds.), *Social anxiety disorder: Research and practice* (pp. 79-103). New York: Professional Publishing Group.
- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., ... Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 322-331.
- Stravynski, A. (2007). *Fearing others: The nature and treatment of social phobia*. New York: Cambridge University Press.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., & Patterson, B. (2009). Pharmacotherapy for social anxiety disorder and specific phobia. En M. M. Antony & M. B., Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 321-333). New York: Oxford University Press.
- Verhulst, S. J., & Colliver, J. A. (2009). Basic meta-analysis: Conceptualization and computation. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 30*, 75-80.
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levay, I., & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *American Journal of Psychiatry, 163*, 1362-1370.