

## APORTACIONES PARA LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL "SOCIAL REACTION INVENTORY" DE RICHARDSON Y TASTO: UNA MEDIDA DE LA ANSIEDAD SOCIAL\*

Micaela Moro

UNIVERSITAT JAUME I (Castellón)

### RESUMEN

*Los autoinformes son uno de los procedimientos más utilizados en la evaluación de la ansiedad social. En este trabajo se presentan los primeros resultados de la adaptación española del "Social Reaction Inventory", un instrumento destinado a la evaluación de diferentes situaciones y cogniciones relevantes en pacientes con este trastorno. Los análisis factoriales realizados por los autores sugirieron la existencia de siete factores. Los resultados con la muestra española, formada por 147 mujeres y 218 hombres, no replicaron la estructura de siete factores propuesta por los autores. En este caso se han identificado tres factores que explican el 42.60 % de la varianza total, denominados Miedo a la desaprobación o el rechazo, Ansiedad de audiencia y Ansiedad heterosexual. Se han calculado las correlaciones con otras medidas de ansiedad y personalidad, lo que supone las primeras evidencias en relación con la validez de este instrumento.*

**Palabras clave:** ANSIEDAD SOCIAL, EVALUACIÓN, ANÁLISIS FACTORIAL, ADULTOS.

---

\* Este trabajo se ha realizado en el marco de un proyecto de investigación subvencionado por la Fundación Bancaixa-Universitat Jaume I (PS.25031/92).

## SUMMARY

*Self-reports are one of the most used instruments most in the assessment of social anxiety. In this paper it is presented the Spanish adaptation of the "Social Reaction Inventory", an instrument aimed to the assessment of different situation and cognitions in patients with this disease. The factorial analyses carried out with the original English version suggested seven factors. The results with the Spanish sample, consisted of 147 women and 218 men, did not replicate the structure of seven factors. In the present study, three factors which explain 42.60% of the total variance have been identified. The factors are named as Fear to Disapproval or Rejection, Audience Anxiety and Heterosexual Anxiety. Correlation with other measures of anxiety and personality are presented as well.*

**Key words:** SOCIAL ANXIETY, ASSESSMENT, FACTORIAL ANALYSIS, ADULTS.

## INTRODUCCIÓN

### Descripción y diagnóstico

La ansiedad social se considera el trastorno de ansiedad más abandonado y por ello menos conocido (Herbert, 1991) aunque ya se describió por primera vez en la década de los años 60 (Marks, 1969; Marks y Gelder, 1966). En los análisis realizados con los primeros autoinformes de ansiedad se obtuvieron soluciones factoriales que incluyen al menos una categoría de ansiedad que se podría llamar "social" o "interpersonal" (Schlenker y Leary, 1982; Leary, 1991). Sin embargo, hasta la publicación del DSM-III (APA, 1983) no se especifican los criterios para el diagnóstico de un trastorno denominado *fobia social* o *trastorno por ansiedad social*. Se define como un miedo persistente e irracional y un deseo impulsivo de evitar aquellas situaciones en las cuales la persona se puede exponer a la observación por parte de los demás. También se siente

miedo de comportarse de manera humillante o embarazosa ya que los demás detecten signos de ansiedad, por ejemplo, no poder hablar en público, atragantarse cuando se está comiendo en público, ser incapaz de orinar en urinario público, temblar cuando se escribe en presencia de los demás y de decir cosas sin sentido o no ser capaz de contestar correctamente a una pregunta (APA, 1988). El paciente reconoce que el miedo es injustificado o excesivo. En el DSM-III-R (APA, 1988) y en el DSM-IV (APA, 1994) se precisa que el diagnóstico sólo se debe hacer si la conducta de evitación interfiere con la actividad profesional o social habituales o si el hecho de tener ese miedo produce un marcado malestar. La comorbilidad con pánico es 4 veces más que en la población general y con agorafobia 11 veces más (Johnson, Hornig, Liebowitz y Weissman, 1992). También se aprecia cierta tendencia al abuso de alcohol y ansiolíticos (APA, 1988). En el DSM-III-R y en el DSM-IV se distingue además un subtipo de fobia social, denominada generalizada, que se caracteriza por la existencia de síntomas en la mayoría de las situaciones sociales. En este caso hay que considerar la posibilidad de diagnosticar *trastorno de personalidad por evitación*. Parece que existen diferencias clínicas importantes con respecto a fobias sociales "no específicas", por ejemplo, se ha encontrado que en la primera se sufre un mayor deterioro funcional, mayor comorbilidad con trastorno de personalidad por evitación y con alcoholismo, y diferentes respuestas a terapias cognitivo conductuales y farmacológicas (Heimberg, 1992).

Entre los tipos de ansiedad social específica, se ha identificado un tipo denominado ansiedad social física (Hart, Leary y Rejeski, 1989). El malestar aparece como resultado de la expectativa o presencia de evaluación interpersonal relacionada con el propio físico. Por físico se entiende la forma y estructura corporal, grasa, tono muscular y proporciones corporales generales. Se ha desarrollado un instrumento específico para la evaluación de este tipo de ansiedad que ha obtenido correlaciones positivas pero moderadas con dos de los instrumentos de evaluación de la ansiedad social más estudiados, indicando una cierta especificidad de la ansiedad social física. El estudio de este trastorno es relevante en psicología del deporte.

En niños se ha asociado la ansiedad social y la percepción negativa de uno mismo con el retraimiento social, mientras se distingue otro tipo de niños retraídos, caracterizados por impulsividad y conducta agresiva. En este segundo caso el retraimiento debería denominarse más exactamente rechazo. Las consecuencias sobre la salud mental futura de ambos grupos de niños serían muy diferentes (Rubin y Mills, 1988). Se ha encontrado un cierto patrón evolutivo en la aparición de la ansiedad social. Existen datos que indican que los miedos infantiles evolucionan desde los relacionados con la escuela a otros más relacionados con relaciones sociales. Por ejemplo Gullone y King (1992), utilizando un cuestionario de miedos para niños y adolescentes (Revised Fear Survey Schedule for Children and Adolescents, FSSC-II), encontraron interesantes diferencias entre el grupo de niños de 7 a 12 años y el de 13 a 18 en cuanto a los ítems componentes de un factor denominado "Miedo al Fracaso o a la Crítica". En los niños pequeños los ítems estaban claramente relacionados con la escuela, mientras que en los adolescentes se incluían ítems como "mis padres me critican", "mi padre me castiga" y "perder a mis amigos".

La investigación sobre ansiedad social ha carecido, hasta fechas muy recientes, de una adecuada fundamentación teórica. Una cuestión importante todavía sin resolver es la de las semejanzas y diferencias entre ansiedad social y timidez. Buss (1980) define timidez como la propensión a padecer tensión, preocupación y sentimientos de malestar e incomodidad ante la presencia de extraños o personas poco conocidas, así como las conductas de retraimiento e inhibición de la conducta social que se considera normal. Este autor considera la timidez como una forma o tipo de ansiedad social, como la ansiedad de audiencia, el embarazo y la vergüenza y puede ser tanto un estado como un rasgo. Lo que le caracterizaría sería un aumento de la auto-consciencia pública. Sin embargo, para Jones y Russell (1982) la timidez es una fuente de ansiedad social que interfiere con la habilidad de una persona para relacionarse eficazmente con los demás, y para comportarse en situaciones sociales. Incluye actitudes y sentimientos como el retraimiento y la falta de confianza en situaciones sociales nuevas o no familiares, preocupación excesiva sobre uno mismo en presencia de otros,

habilidades sociales inadecuadas, ansiedad perturbadora y auto-depreciación en situaciones sociales. Los autores asignan a la timidez un papel causal sobre la ansiedad social; sin embargo, las manifestaciones o síntomas de ambos se confunden. Este papel causal se "explica" otorgando a la timidez la categoría de rasgo de personalidad que tendría un componente hereditario (Jones, 1986). Jones, Griggs y Smith (1986) definen la timidez como el malestar e inhibición en presencia de otros. Este malestar está relacionado con la naturaleza interpersonal de la situación. El malestar es una tendencia estable o predisposición y no una reacción a alguna característica específica y transitoria de la situación (suponemos que en ese caso se trataría de ansiedad social). La timidez es un rasgo que predispone a responder con un aumento de ansiedad, auto-consciencia y evitación en varios contextos. La timidez, como rasgo de personalidad, no sería idéntica a baja sociabilidad o introversión. Cheek y Buss (1981) han identificado cuatro grupos: tímidos-sociables, no tímidos-insociables, tímidos-insociables y no tímidos-sociables. Los tímidos-sociables serían los más propensos a padecer ansiedad social, por su predisposición a sentir malestar en situaciones interpersonales y su búsqueda de la compañía de otros. Existe evidencia empírica de la distinción entre timidez e insociabilidad en niños (Asendorpf, 1993). Los niños insociables presentan preferencias por actividades no sociales, pero si se encuentran en una interacción social se comportan normalmente. Sin embargo, los niños tímidos interactúan verbalmente menos en este tipo de situaciones. Quizá el único autor que consigue distinguir ambos conceptos, aunque todavía está pendiente de su demostración, es Leary (1983). Para este autor, la ansiedad social es la ansiedad provocada por la existencia o expectativa de evaluación interpersonal en contextos sociales reales o imaginarios. La timidez, por su parte, es un síndrome inhibitorio de ansiedad, pero las experiencias cognitivas y emocionales son diferentes de las conductas o consecuencias sociales con las que puedan estar asociadas (aunque se manifieste en situaciones interpersonales).

Para caracterizar la ansiedad social y como es habitual en otros trastornos de ansiedad, resulta útil distinguir entre respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas.

Entre las respuestas motoras, la evitación es una de las alteraciones más destacadas aunque, a diferencia de otros trastornos fóbicos, no se considera imprescindible para el diagnóstico (ver DSM-III-R y DSM-IV). Cuando la persona se mantiene en la situación temida pueden observarse tartamudez, temblor, retraimiento, enrojecimiento (Leary, 1983). Otra característica conductual de las personas con ansiedad social es la insuficiencia o inadecuación de las habilidades sociales. Durante los años 70 se dio tanta importancia al déficit en habilidades sociales que se convirtió en el postulado central de una de las teorías explicativas de este trastorno (Bellack y Hersen, 1979; Curran, 1977). Este planteamiento tuvo como consecuencia que los tratamientos se enfocaran hacia la mejora de las competencias sociales, dejando el tratamiento de la ansiedad en un segundo plano (Hersen y Eisler, 1984). Los estudios más recientes han encontrado una importante especificidad situacional de las habilidades sociales o competencia social (Curran, Corriveau, Monti y Hagerman, 1980), por lo que es necesario ser prudentes en cuanto a la generalización a la vida cotidiana de los resultados de estudios en situaciones de laboratorio o *role-playing*, ya sea sobre evaluación o sobre tratamiento.

Las respuestas fisiológicas más estudiadas en personas con ansiedad social han sido las cardiovasculares (presión sanguínea y tasa cardíaca) y electrodérmicas. Se ha propuesto la existencia de dos subtipos de pacientes, caracterizados por patrones específicos de reactividad fisiológica al enfrentarse a una tarea social, como la de hablar ante una audiencia reducida (Turner y Beidel, 1985). Un grupo se caracteriza por altos niveles de reactividad fisiológica y el segundo por bajos niveles, presentando ambos grupos patrones similares de cogniciones negativas. Esta distinción tiene implicaciones importantes en cuanto al tratamiento.

Las alteraciones cognitivas son, quizá, el aspecto más relevante en el trastorno de ansiedad social y el que está recibiendo mayor atención de los investigadores desde la década pasada.

Los contenidos que se repiten con más frecuencia en personas con ansiedad social son el miedo o preocupación por una evaluación negativa y la creencia en su incapacidad para abordar la situación.

Como en todos los trastornos de ansiedad, en la ansiedad social existe un temor ante un peligro anticipado. En la ansiedad social este peligro anticipado suele adoptar la forma de rechazo o desaprobación por parte de los interlocutores o la audiencia (Glass y Furlong, 1990; Glass, Merluzzi, Bienra y Larsen, 1982; Beidel, Turner y Dancu, 1985). Muchos pacientes con ansiedad social informan de una preocupación sobre cómo le perciben y evalúan los demás (Leary, 1983, 1991). Este énfasis en el juicio ajeno se manifiesta en definiciones como la de Schlenker y Leary (1982), que describen la ansiedad social como "un estado de ansiedad resultante de la presencia o anticipación de una evaluación interpersonal en contextos sociales reales o imaginados".

En personas con ansiedad social también es muy frecuente la creencia en su incapacidad para abordar la situación (Glass, Merluzzi, Bienra y Larsen, 1982) y el miedo al fracaso, al ridículo o a la humillación (Glass y Furlong, 1990). Además, los pensamientos positivos sobre su capacidad para desempeñar la tarea o actividad en una situación social son menos frecuentes en los pacientes con ansiedad social que en la población en general (Beidel, Turner y Dancu, 1985).

Cuando se utilizan instrumentos desarrollados desde el modelo de Beck, las ideas irracionales que parecen estar más relacionadas con el nivel de ansiedad social son expectativas elevadas, preocupación y demanda de aprobación (Glass y Furlong, 1990).

Además de los contenidos que acabamos de comentar, se ha encontrado un estilo cognitivo caracterizado por la atribución a uno mismo de los fracasos en situaciones sociales (Glass, Merluzzi, Bienra y Larsen, 1982). Para algunos autores, la ansiedad social se debería a una focalización de la atención de la persona en sus propios defectos o incapacidades (reales o imaginados) (Bandura, 1969; Clark y Ankwitz, 1988). Las personas con alta ansiedad social son menos hábiles que los no ansiosos para detectar mentiras en un interlocutor (DePaulo y Tang, 1994). Desde la perspectiva del procesamiento de la información se ha intentado explicar este resultado acudiendo a tres teorías. En primer lugar, en el ansioso social se produciría una reducción del foco de atención, lo que supondría la pérdida de información relevante para la tarea

(identificar las inconsistencias en el relato). Una segunda explicación sería una reducción del tiempo dedicado a la atención de los estímulos relevantes, debido a las preocupaciones ansiosas y por último, la cantidad de información que necesita ser atendida, comparada e integrada en una tarea como esta, es excesiva para una memoria activa limitada por las preocupaciones irrelevantes para la tarea.

Las situaciones son el segundo tipo de variables fundamentales en el estudio de este trastorno. Las alteraciones en las respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas que acabamos de resumir aparecen en situaciones consideradas sociales, que son aquellas en las que las personas son o pueden llegar a ser el centro de atención de otros, como cuando se participa en una conversación, se asiste a una comida, se da una charla, etc. Estas situaciones conllevan algún tipo de evaluación interpersonal, es decir, de un modo u otro, se emiten juicios sobre los demás. Otros encuentros con personas donde el miedo está relacionado con recibir daño físico pero no con una evaluación negativa, no se consideran situaciones sociales (Schlenker y Leary, 1982).

Cuando se estudian simultáneamente los tres tipos de variables, se llega a la conclusión de que el tipo de tarea o situación es fundamental para la comprensión del trastorno. Beidel, Turner y Dancu (1985) encontraron que las tareas que provocaban mayores niveles de ansiedad en los tres tipos de respuesta fueron hablar en público y una interacción con una persona desconocida del otro sexo.

La importancia de las situaciones ha llevado a intentos de clasificación, como el de Leary (1983), que distinguen entre interacciones contingentes y encuentros no contingentes.

Las interacciones contingentes son aquellas en las que las respuestas de un individuo están relacionadas con las respuestas de otros participantes. Los tipos de ansiedad que aparecen en estas situaciones incluyen timidez, ansiedad ante citas, ansiedad social-heterosexual. Leary (1983) llama a este tipo de ansiedad de interacción.

En los encuentros no contingentes la conducta de una persona está guiada principalmente por sus propios planes y solo en una mínima parte, si acaso, por las respuestas de los demás. Los tipos

de ansiedad en estas situaciones son miedo a hablar en público o miedo al escenario. Se pueden resumir en la expresión ansiedad de audiencia.

### **Explicaciones teóricas sobre la Ansiedad Social**

Como se ha señalado antes, una carencia importante de la investigación sobre la ansiedad social ha sido su fundamentación teórica. Leary (1991) realiza una revisión crítica de las teorías más relevantes. Los procesos de valoración de la conducta de uno mismo reciben la atención de tres de las teorías revisadas, la de Carver y Scheier (1986) llamada de autorregulación conductual, la de Schlenker y Leary (1982) de autopresentación y la de focalización de la atención en uno mismo de Ingram (1990). Las dos primeras teorías sugieren que tanto personas ansiosas como no ansiosas vuelven su atención hacia ellos mismos bajo ciertas condiciones y como resultado valoran la adecuación de su conducta de acuerdo con metas sociales, convenciones o normas. El rasgo clave es el resultado de este proceso de valoración. La autopresentación es el intento de controlar la imagen que se ofrece de uno mismo ante una audiencia real o imaginaria. La ansiedad social se produciría cuando una persona no sabe cómo dar o crear una determinada imagen o cree que no será capaz o que puede suceder algún imprevisto que deshaga su imagen pública (Schlenker y Leary, 1982).

En el modelo de Ingram (1990) lo fundamental es la característica patológica (excesiva) de la atención dirigida hacia uno mismo, siendo el proceso de auto-evaluación menos importante en la explicación del trastorno. La atención centrada en uno mismo es una alteración cognitiva que se ha encontrado en distintos trastornos como depresión y ansiedad generalizada. Existe un cierto consenso sobre la existencia de esta alteración cognitiva en la ansiedad social, pero hay pocos estudios empíricos que lo apoyen (Alden, Teschuck y Tee, 1992). La focalización de la atención en uno mismo tiene muchos aspectos similares con la teoría de la autoconsciencia pública. La autoconsciencia es el estado en el que la atención del individuo se centra en los aspectos públicamente visibles de sí mismo.

## Procedimientos de evaluación de la Ansiedad Social

Los componentes tanto cognitivos como motores de la ansiedad social se han evaluado tradicionalmente desde los años 70 mediante diferentes instrumentos: cuestionarios de autoinformes, entrevistas, autorregistros y procedimientos de observación tanto en situación natural como en laboratorio (Glass y Arnkoff, 1989). Como sucede en otras manifestaciones de la ansiedad, los aspectos cognitivos, fisiológicos y motores de la ansiedad social no están tan relacionados como sería deseable (Caballo, 1990; Leary, 1991). Este dato es muy importante a la hora de valorar y comparar los distintos instrumentos de evaluación, ya que pueden diferir en la medida en que su contenido trata con alguno de estos aspectos.

Los estudios sobre déficits en habilidades sociales y programas de entrenamiento que proliferaron hace 20 años tenían importantes carencias en el aspecto evaluador, ya que los primeros instrumentos de evaluación de las habilidades sociales carecían de los mínimos requisitos psicométricos (Hersen y Bellack, 1976). Esto impulsó durante la década siguiente el avance de los instrumentos de medida de las conductas en interacciones sociales (Curran, Corriveau, Monti y Hagerman, 1980).

Sin embargo, no todos los pacientes con fobia social tienen déficits en habilidades sociales (Marks, 1985). Aunque las medidas de los aspectos cognitivos y afectivos de la ansiedad social correlacionan con las conductas observables, para Leary y Kowalsky (1993) deben considerarse por separado ya que existen importantes diferencias conceptuales entre ambas. Leary (1983) propone que se defina la ansiedad social independientemente de conductas observables y por consiguientes que los instrumentos de evaluación se construyan para la medida de la experiencia subjetiva de ansiedad. Además, los modelos teóricos más recientes, como ya se ha visto en un apartado anterior, acentúan la importancia de los procesos cognitivos en la ansiedad social, como en otros trastornos de ansiedad. Los procedimientos específicos desarrollados para la evaluación cognitiva de la ansiedad social incluyen medidas de autoverbalizaciones, ideas irracionales, atribuciones, esquemas, expectativas y atención enfocada hacia uno mismo (Arnkoff y Glass,

1989). Sin embargo, diferentes métodos de evaluación cognitiva obtienen correlaciones sólo moderadas, por lo que algunos autores sugieren combinar medidas de diferentes variables, por ejemplo listas de pensamientos y autoinformes estructurados de contenido cognitivo (Glass y Furlong, 1990).

Algunos instrumentos que se centran en la experiencia subjetiva de la ansiedad contienen en mayor o menor medida ítems con el contenido de preocupación por la evaluación de otros y autoevaluaciones tanto negativas como positivas (Leary, 1991), por ejemplo los siguientes:

- *Social Avoidance and Distress Scale* (Watson y Friend, 1969).
- *Fear of Negative Evaluación Scale* (Watson y Friend (1969).
- *Social Interaction Self-Statement Test* (Glass, Merluzzi, Biever y Larsen, 1982).
- *Performance Anxiety Self-Statement Scale* (Kendrick, 1979, en Barlow, 1988).

Los dos primeros instrumentos se encuentran entre los más estudiados; sin embargo, tienen el problema de no discriminar bien entre pacientes con fobia social y otros trastornos de ansiedad (Edelman, 1992). El *Social Interaction Self-Statement Test*, por su parte, ha probado su capacidad para discriminar entre personas altas y bajas en ansiedad social (Edelman, 1992).

Como ya se ha apuntado más arriba, la ansiedad social parece ser más específica de las situaciones que otras variables como habilidades sociales o atractivo físico (Caballo, 1993). Leary (1983) crea dos escalas, una de ansiedad de interacción (*Interaction Anxiousness Scale*) y otra de Audiencia (*Audience Anxiousness Scale*), partiendo de la distinción teórica entre los dos tipos de ansiedad social que ya se ha mencionado. El IAS es apropiado sólo como índice de los aspectos subjetivos de ansiedad social que se sufren en interacciones sociales y no cuando lo que se pretende es medir los aspectos conductuales de la ansiedad social o para medir la ansiedad de audiencia. Existe versión española (Sanz, 1994).

En comparación con los cuestionarios, las entrevistas se han utilizado mucho menos en la evaluación de la ansiedad social. Existe una entrevista específica para la evaluación de la ansiedad, donde se incluyen preguntas para el diagnóstico de la ansiedad

social (ADIS-R de Di Nardo, Barlow, Cerny, Vermilyea, Vermilyea, Himadi y Waddell, 1985).

También se pueden utilizar entrevistas para la evaluación de las habilidades sociales (Glass y Arnkoff, 1989). Estos instrumentos pueden proporcionar información sobre contextos en los cuales se producen los problemas interpersonales, habilidades sociales necesarias para comportarse de modo competente en cada situación, medida en que el cliente posee esas habilidades necesarias y antecedentes y consecuentes del comportamiento tanto competente como inadecuado.

Los procedimientos de observación en laboratorio son útiles en aquellos casos en los que la ansiedad social está acompañada por falta de habilidades. A diferencia del estrés post-traumático, donde se visualizan imágenes, en la fobia social la evaluación debe hacerse en situaciones lo más parecidas posibles a la real. Se suelen registrar respuestas fisiológicas, generalmente el pulso y la tasa cardíaca (Donahue, Van Hasselt y Hersen, 1994) y se pregunta el grado de ansiedad utilizando las "Unidades de Malestar Subjetivo" (SUD), una escala de 100 puntos (Barlow, 1988). Se suelen evaluar medidas verbales, como duración y latencia del discurso, tono de voz y entonación, y medidas no verbales como gestos, contacto ocular y sonrisas (Donohue, Van Hasselt y Hersen, 1994). Existen procedimientos estandarizados, como el "Simulated Social Interaction Test" y el "Social Situation Interaction Test". El "Simulated Social Interaction Test" se diseñó para pacientes hospitalizados (Curran, Wessberg, Farrell, Monti, Corriveau y Coyne, 1982). Consiste en dos tipos de interacciones simuladas. El primero es un juego de roles en el que se describe una situación y donde el ayudante del evaluador realiza una serie de intervenciones a las que debe reaccionar el sujeto. El segundo tipo consiste en interacciones más largas y menos estructuradas. Las instrucciones para el ayudante son sólo las de "ser natural". En algunos casos el paciente no sabe que se le está observando. En ambas modalidades la conducta del evaluado es observada en vivo por jueces entrenados o en una grabación en video. El "Social Situation Interaction Test" (Mersch, Emmelkamp, Bogels y Van Der Sleen, 1989) consiste en ocho interacciones sociales con un colaborador del evaluador. Cuatro

situaciones se realizan con un colaborador del mismo sexo que el evaluado y las otros cuatro con una persona de distinto sexo. Se registran fundamentalmente habilidades sociales.

En cuanto a los autorregistros más utilizados con pacientes con ansiedad social, se utilizan para medir conductas objetivas en situaciones ansiógenas, como frecuencia y duración de los contactos, número de interacciones sociales y tasa de alteraciones de la fluidez verbal (Donohue, Van Hasselt y Hersen, 1994).

## MÉTODO

### **Adaptación de un autoinforme de Ansiedad Social**

El "Social Reaction Inventory" (Richardson y Tasto, 1976) es un autoinforme que consta de 166 ítems. Se responde con cinco alternativas (nada, un poco, bastante, mucho y muchísimo), según el grado de ansiedad o malestar provocado por la situación o pensamiento descrito en cada ítem.

Los autores diseñaron esta escala con el objetivo de evaluar el componente cognitivo-verbal de la ansiedad ante situaciones y actividades sociales. La mayoría de los ítems se obtuvieron de jerarquías y listas de ítems empleados por terapeutas de conducta en Estados Unidos. El resto se obtuvo de otros cuestionarios de ansiedad social, la literatura y la experiencia clínica de los autores. La mayoría de los ítems son descripciones de situaciones o acciones de uno mismo u otros y algunos son pensamientos o sentimientos en una situación social.

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax con una muestra de 395 estudiantes universitarios. Los autores identificaron siete factores con valores propios superiores a 1 (ver Tabla 1). Curran, Corriveau, Monti, y Hagerman (1980) realizaron un estudio de la estructura del SRI con pacientes psiquiátricos con problemas en la conducta social o en las relaciones sociales. Tras la evaluación, se les aplicó un programa de entrenamiento en habilidades sociales. La muestra estaba formada por 195 pacientes con media de edad de 42.5 años y diagnósticos de

psicosis (38%), neurosis (45%), trastornos de la personalidad (8%) y otros (9%). Utilizaron una versión revisada del SRI, que constaba de los 65 ítems con mayores saturaciones en los 7 factores originales más 40 nuevos diseñados por Richardson y Tasto (1976), para completar los factores 5 (Intimidad y Calidez interpersonal) y 7 (Pérdida interpersonal). Se modificaron las instrucciones para obtener dos respuestas, una sobre nivel de ansiedad en las situaciones descritas y otra sobre nivel de habilidad con el que se desenvuelven. Se calcularon coeficientes de fiabilidad test-retest con un intervalo entre 5 y 15 y semanas y se obtuvieron valores de 0.80 para las respuestas de ansiedad y 0.71 para las de habilidad. El análisis factorial replicó la estructura de 7 factores del SRI original con la única diferencia de que el factor 1 (Desaprobación y Crítica) y el 7 (Pérdida interpersonal) aparecieron juntos.

**TABLA 1.- Solución factorial del SRI (componentes principales) (Richardson y Tasto, 1976)**

FACTOR		% de varianza explicada	% acumulado
I	Desaprobación o crítica	27.566	27.566
II	Asertividad social y visibilidad	4.692	32.258
III	Confrontación y expresión de hostilidad	2.745	35.003
IV	Contacto heterosexual	2.240	37.243
V	Intimidad y calidez interpersonal	2.086	39.239
VI	Conflicto con o rechazo de los padres	1.793	41.122
VII	Miedo a pérdidas interpersonales	1.484	42.606

En este trabajo se ha utilizado una versión en castellano que consta de 63 ítems que son los que obtuvieron saturaciones factoriales superiores a .30 en el análisis factorial realizado por los

autores. El formato de respuesta se redujo a cuatro alternativas (nada, algo, bastante y mucho). Las instrucciones solicitan que se responda en función del grado de ansiedad o temor que sufre el evaluado en la actualidad (ver Anexo).

### Otros instrumentos

Junto con el SRI se administraron los siguientes instrumentos para la evaluación de variables de personalidad relacionadas con el comportamiento social:

- "Dimensiones de Orientación Interpersonal" (DOI) (Silva, Moro y Ortet, 1994) Es un instrumento para la evaluación de los aspectos interpersonales de la personalidad. Existen dos formatos, uno de auto-informe y otro a contestar por una persona que conozca al evaluado. Se han obtenido seis factores de primer orden: Consideración hacia los Demás, Liderazgo/Ascendencia Social, Respeto/Autocontrol en las Relaciones Sociales, Agresividad/Conducta Antisocial, Ansiedad Social/Timidez y Sociabilidad vs. Retraimiento. En análisis de estos 6 factores se obtuvieron dos factores secundarios: Sociabilidad versus Insociabilidad y Conducta Prosocial versus Antisocial.

- "Eysenck Personality Questionnaire" (Revised) (Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985). Este instrumento fue traducido al castellano ex profeso. Evalúa las variables Psicoticismo, Extraversión, Neuroticismo y Falseamiento.
- "Altruism Scale" (Johnson, Danko, Darvill, Bochner, Bowers, Huang, Park, Pecjak, Rahm y Pennington, 1989). También traducida por los autores de este trabajo. El análisis factorial ha identificado un único factor denominado Altruismo.
- "Inventario I7" (Eysenck, Pearson, Easting y Allsopp, 1985). Se ha modificado una versión en castellano ya existente. Los factores evaluados por esta escala son Impulsividad, Afán de Aventura y Empatía.
- "ACA-Castelló" (Pérez, 1984 y Ortet, Martínez, Martinavarro y Benet, 1994). Evalúa conducta antisocial.
- "Assertion Inventory" (Gambrill y Richey, 1975). Se realizaron algunas modificaciones sobre la traducción castellana ya

existente. Se obtienen dos medidas, una de nivel de Desagrado o ansiedad y otra de Probabilidad de realizar una conducta asertiva, significando las puntuaciones altas una baja probabilidad de ejecución.

- "Inventario de Experiencias Personales" (Silva, Caballero, Bernaldo de Quirós y López, 1994). Es un autoinforme de alteraciones psicopatológicas que contiene escalas para Esquizofrenia, Depresión, Trastornos Somatomorfos, Manía y Trastornos de Ansiedad, además de una escala de Deseabilidad Social.
- "Social Reticence Scale II" (Jones, Briggs y Smith, 1986). Con la versión española se ha identificado un sólo factor denominado Timidez.

La administración de los cuestionarios se realizó con la colaboración de un grupo de estudiantes de Psicología de la Universitat Jaume I. Los estudiantes contactaban con personas que accedían a cumplimentar voluntariamente los cuestionarios, garantizándoles la confidencialidad de la información. Los estudiantes entregaban los cuestionarios en sobres a los voluntarios y los devolvían a los investigadores, una vez contestados.

La muestra estuvo formada por un total de 365 personas de las cuales 147 era mujeres con una media de edad de 30.5 y desviación típica de 12.0 y 218 hombres, con media de edad de 28.0 y desviación típica 10.6.

### **Análisis estadísticos**

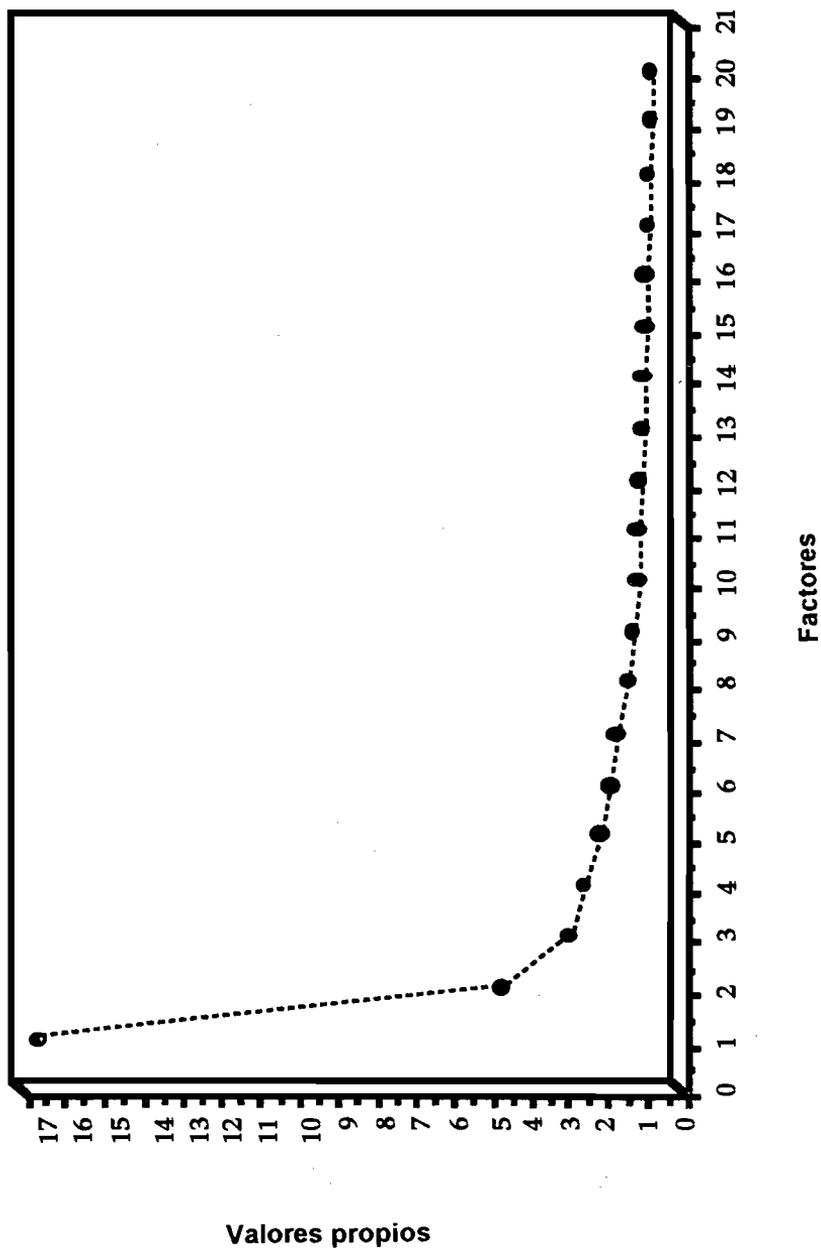
El SRI se sometió a un análisis factorial de componentes principales, con rotación varimax.

Las relaciones entre las medidas de ansiedad social y las demás variables se estudiaron calculando los coeficientes de correlación de Pearson.

### **RESULTADOS**

El análisis de componentes principales produjo trece factores con valores propios superiores a uno. El Scree Test (ver Figura 1)

FIGURA 1.- Scree Test del SRI



recomienda con claridad la rotación de dos factores, pero se sugiere un tercer factor. Las varianzas explicadas de estos tres primeros factores son 16.55, 4.65 y 2.93, respectivamente. Ensayadas ambas soluciones (dos y tres factores) se optó por la de tres, ya que permite distinguir un tipo de situaciones muy interesantes desde el punto de vista teórico y que se comentará más adelante. Por otra parte, una estructura de sólo dos factores se alejaba excesivamente de la solución obtenida por Richardson y Tasto (1976).

En la Tabla 2 aparecen las varianzas explicadas por los tres factores sometidos a rotación varimax. Estos tres factores explican el 24.13 % de la varianza total, superando los 3 el 5% de varianza explicada, lo que habla en favor de su replicabilidad en otros estudios.

**TABLA 2.- Solución factorial al SRI (Rotación varimax)**

FACTOR		Varianza explicada
I	Miedo a la desaprobación o el rechazo	10.21
II	Ansiedad de audiencia	8.69
III	Ansiedad heterosexual	5.23

El Factor I se ha denominado Miedo a la Desaprobación o el Rechazo y explica el 10.21% de la varianza. La correlación entre este factor y la puntuación total de la escala es 0.86. La puntuación total del SRI se obtuvo a partir de los ítems. El Factor II, denominado Ansiedad de Audiencia, contiene ítems referidos a actuación frente a un auditorio así como de preocupación por causar buena impresión (8.69% de la varianza). La correlación con el total de la escala es .91. Por último, el tercer factor que cuenta con el 5.23% de varianza explicada, se denomina Ansiedad Heterosexual y su correlación con el total de la escala es de .57. La consistencia interna del total de la escala, medida mediante el coeficiente alfa de Cronbach es de 0.95, la del Factor I es 0.93, la del factor II es 0.90 y la del factor III es 0.87. La correlación entre el factor I y el II es .67, entre el I y el III .28 y entre el II y el III, .38. Todos los coeficientes de correlación son significativos con un nivel de probabilidad inferior a 0.01.

TABLA 3.- Saturaciones factoriales de los ítems del SRI

<b>FACTOR I . Miedo a la desaprobación o el rechazo</b>		
27	Su padre o madre se comportan fríamente con usted	0.79
20	Uno de sus padres deja ver, dolido, que Ud. lo está descuidando	0.79
13	Su madre le reprocha que Ud. no la quiera	0.76
6	Su padre le reprocha que Ud. no le quiera	0.75
40	Sentirse muy enfadado con sus padres	0.72
34	Su padre se enfada con Ud. y lo critica enfadado	0.70
50	Una persona de autoridad (profesor, jefe, padre) actúa como si le desaprobase	0.63
22	Alguien se comporta como si Ud. hubiese herido sus sentimientos	0.62
45	Observar una discusión entre miembros de su familia	0.60
21	Pensar que va a perder a su pareja	0.59
42	Ser amable con alguien y que le respondan fríamente	0.57
41	Suponer que alguien herirá sus sentimientos	0.56
46	Comprar un regalo para alguien y que éste le diga que no le gusta	0.55
38	Tener que decidir por una entre dos personas para un trabajo, para el cual están igualmente calificadas	0.53
36	Ser ignorado al saludar a alguien a quien Ud. conoce bien	0.52
15	Ser humillado o ridiculizado	0.52
1	Alguien llama "estúpido" a algo que Ud. ha dicho o hecho	0.44
43	Hablarle a alguien de forma autoritaria	0.49
8	Alguien se comporta como si Ud. le disgustase	0.49
56	Recordarle a alguien alguna cosa y que reaccione con enfado	0.45
<b>FACTOR II. Ansiedad de audiencia</b>		
23	Asistir a una fiesta numerosa en la que se espera que Ud. tome parte activa en la conversación	0.63
30	piden ser el líder en un grupo o reunión	0.61
54	Sentir que Ud. es el centro de atención	0.60
42	Acercarse durante una fiesta a una persona del sexo opuesto e invitarle a sentarse y charlar un rato	0.59
16	Dar una opinión controvertida ante un grupo o en una reunión	0.58
37	Hablar con alguien a quien Ud. desea impresionar	0.54
2	Dar una charla ante personas casi desconocidas	0.53
52	Decir a alguien que él/ella ha herido sus sentimientos	0.52

51	Tener que explicar su actividad laboral a un visitante a quien su jefe quiere impresionar	0.50
48	Saber que alguien le está mintiendo y que debe encararse con él	0.50
53	Plantear una pregunta en una discusión y ser ignorado por el grupo	0.49
60	Sentirse inadecuado o inferior respecto a las personas con quien está reunido	0.49
59	Algunos amigos le piden que tome una decisión importante	0.49
49	Hacer algo de forma impremeditada e impulsiva en una situación social	0.49
57	Comenzar una conversación con un/a desconocido/a durante un viaje	0.49
55	Decir a una persona que Ud. ha herido sus sentimientos	0.48
35	Levantar la mano para pedir algo en una clase o reunión y ser ignorado por quien da la palabra	0.45
9	Ser entrevistado para un puesto de trabajo	0.45
31	Sentirse obligado a llamar la atención a una persona con quien Ud. ha salido y que se está comportando de forma inadecuada	0.42
58	Preguntarse si está o no correctamente vestido para un acontecimiento o reunión social	0.42
10	Llamar la atención de forma airada a un/a dependiente/a que ha sido mal educado/a o incompetente	0.41
29	Alguien le dice: "Podrías haberlo hecho mejor"	0.41
24	Decirle, molesto, a un/a amigo/a entrometido que se meta en sus cosas	0.41

### FACTOR III. Ansiedad heterosexual

11	Acariciar por todo el cuerpo a una persona del sexo opuesto, desnudos	0.84
18	Realizar un acto sexual completo con una persona del sexo opuesto	0.83
25	Completamente vestidos, acariciar apasionadamente a una persona del sexo opuesto, por el cual Ud se siente atraído	0.82
4	Ser acariciado en todo el cuerpo por una persona del sexo opuesto cuando ambos están desnudos	0.82
39	Completamente vestidos, bailar y abrazar a alguien del sexo opuesto	0.70
5	Un amigo/a le dice que está muy deprimido/a y que desea hablar con Ud. sobre algunos problemas	0.55
19	Felicitar cariñosamente a un/a colega por su trabajo	0.50
12	Alguien le pide a Ud. consejo acerca de un problema personal importante	0.49

En la Tabla 3 se muestran los ítems que obtuvieron saturaciones superiores a 0.40 en cada uno de los tres factores.

**TABLA 4.- Coeficientes de correlación entre SRI y las demás variables**

		SRI			
		Puntuación Total	Miedo a la desapro- bación o el rechazo	Ansiedad de Audiencia	Ansiedad Hetero- sexual
DOI:	Consideración hacia los demás	.11	.15	.10	.04
DOI:	Respeto/Auto-Control	-.09	-.05	-.12	-.03
DOI:	Agresividad/Conducta Antisocial	-.01	-.00	-.00	-.02
DOI:	Sociabilidad/Retraimiento	-.07	.00	-.16	-.02
DOI:	Liderazgo/Ascendencia Social	-.10	.00	-.16	-.02
DOI:	Ansiedad Social/Timidez	.50**	.30**	.55**	.28**
DOI:	Sociabilidad vs. Insociabilidad	-.30**	-.11	-.40**	-.13
DOI:	Conducta Prosocial vs. Antisocial	.02	.07	-.05	.04
DOI:	Deseabilidad Social	.02	.02	-.04	.04
EPQ-R:	Psicoticismo	.00	-.02	-.00	.01
EPQ-R:	Extraversión	-.13	-.00	-.17	-.04
EPQ-R:	Neuroticismo	.38**	.24*	.38**	.21*
EPQ-R:	Deseabilidad Social	-.03	-.10	-.11	.09
IEP:	Esquizofrenia	.22*	.15	.16	.15
IEP:	Depresión	.28**	.16	.30**	.17
IEP:	Trastornos somatomorfos	.37**	.23*	.37**	.24*
IEP:	Manía	.11	.09	.08	.12
IEP:	Trastornos de Ansiedad	.50*	.33*	.51*	.29*
IEP:	Deseabilidad Social	-.10	-.05	-.13	.02
SRSII		.40*	.16	.49**	.23*
AI:	Desagrado	.63**	.45**	.58**	.37**
AI:	Probabilidad	.22*	.04	.25**	.18
I7:	Impulsividad	.21*	.18	-.11	.09
I7:	Afán de Aventura	-.10	-.06	.18	.12
I7:	Empatía	.53**	.47**	.47**	.27**

niveles de significación:  
 \* p < 0.05      \*\* p < 0.01

Los resultados más destacados en cuanto a las correlaciones con las demás variables son los siguientes (ver Tabla 4). En primer

lugar, la correlación entre el SRI y las Dimensiones de Orientación Interpersonal han producido correlaciones positivas y moderadas con el factor Ansiedad Social/Timidez, como era de esperar. Las correlaciones más altas ( $r=0.55$ ) se obtienen con el Factor II del SRI (Ansiedad de Audiencia). No se han obtenido correlaciones significativas con el factor Sociabilidad/Retraimiento, aunque se observa una tendencia ( $p < 0.10$ ) con el Factor II del SRI ( $r=-0.16$ ). Por último, la puntuación total del SRI y el Factor II obtienen correlaciones significativas y negativas con la variable de segundo orden Sociabilidad-Insociabilidad ( $-0.29$  y  $-0.40$ , respectivamente).

Con relación a las medidas de rasgos y dimensiones de personalidad se han obtenido correlaciones significativas y positivas entre las puntuaciones de las tres variables del SRI con el Neuroticismo ( $0.38$ ,  $0.24$ ,  $0.38$  y  $0.20$ , respectivamente). Se observan correlaciones negativas, aunque bajas, entre Extraversión y la puntuación total del SRI ( $r=-0.13$ ) y el factor de Ansiedad de Audiencia ( $r=-0.17$ ) (ambos coeficientes con  $p < 0.10$ ). Por otra parte, Impulsividad (I7) obtiene una correlación significativa con la puntuación total del SRI ( $r=.21$ ,  $p < 0.05$ ) y Empatía obtiene correlaciones positivas y significativas con las cuatro variables del SRI.

Las relaciones entre la ansiedad social y otras alteraciones psicopatológicas se analizan mediante las correlaciones entre el SRI y el Inventario de Experiencias Personales. Destacan las correlaciones moderadas y positivas entre la puntuación total del SRI y el factor II y la escala de Depresión ( $0.28$  y  $0.29$  respectivamente). Las cuatro variables del SRI obtienen puntuaciones positivas y significativas con la escala de Trastornos Somatomorfos ( $0.37$ ,  $0.23$ ,  $0.36$  y  $0.23$ , respectivamente). Las correlaciones con la escala de Trastornos de Ansiedad son positivas y significativas, siendo las más altas con la puntuación total ( $r=0.49$ ) y con el factor II ( $r=0.51$ ).

Las correlaciones con el instrumento de evaluación de la timidez (SRSII) y la ansiedad social son de moderadas a altas y positivas, siendo la más alta con la puntuación total del SRI ( $r=0.63$ ) y con el factor II ( $r=0.57$ ) y la más baja con el factor III ( $r=0.37$ ).

Se han obtenido correlaciones positivas significativas con la puntuación total del SRI y las respuestas del Inventario de Asertividad tanto de Probabilidad ( $r=0.22$ ) como de Desagrado ( $r=0.63$ ). De

igual forma sucede con el Factor II que tiene una correlación de 0.25 con Probabilidad y 0.57 con Desagrado. El Factor I tiene una correlación positiva y significativa con desagrado ( $r=0.45$ ) pero no así con probabilidad ( $r=0.03$ ).

## DISCUSIÓN

En la versión española del SRI se ha obtenido una estructura factorial diferente a las halladas con las versiones americanas de Richardson y Tasto (1976) y Curran, Corriveau, Monti, y Hagerman (1980). En nuestro análisis aparecen claramente tres factores mientras que los autores citados coinciden en proponer siete, al atenerse al criterio de Kaiser-Guttman de valores propios iguales o superiores a 1 y no al criterio -reconocidamente más adecuado- que se desprende del "scree test". El primer factor obtenido en nuestro análisis se ha denominado "Miedo a la Desaprobación o al Rechazo". Este factor estaría relacionado con lo que Leary denomina ansiedad de interacción (excluyendo la ansiedad provocada por relación heterosexual). Hay que señalar que los 10 ítems de la escala con puntuaciones medias más altas saturan principalmente en este primer factor. Sin embargo, en el estudio de Richardson y Tasto sólo 3 factores de entre los 10 que obtuvieron puntuaciones medias más altas presentaban saturaciones superiores a 0.40 en alguno de los siete factores, y por lo tanto fueron excluidos. La conclusión de los autores es que "seguramente no reflejan ansiedad social" (Richardson y Tasto, 1976, pg. 202). De estos, dos ítems saturaban en el Factor VI y uno en el VII. En nuestros resultados, los ítems con mayores saturaciones en el Factor I se refieren a interacciones con los padres, y son los que constituían el Factor VI de Richardson y Tasto (1976). Este tipo de contenido puede ser problemático en la interpretación de los resultados, ya que Turner (1989), en el *Social Phobia and Anxiety Inventory*, encontró que los ítems que se referían a sentimientos de ansiedad en situaciones con miembros de la familia o amigos no discriminaban entre ansiosos sociales y no ansiosos, por lo tanto se eliminaron estos ítems, manteniendo aquellos referidos a situaciones con extraños, figuras de autoridad, sexo opuesto y gente en general.

Los items que saturan en el Factor II que hemos denominado Ansiedad de Audiencia/Preocupación por causar buena impresión, en su mayoría están relacionadas con situaciones en las que la persona evaluada es el centro de atención. Son situaciones similares a las que Leary (1991) denomina encuentros no contingentes.

El tercer factor está relacionado con situaciones heterosexuales e íntimas. Este tipo de situaciones ha recibido una atención considerable en la literatura de la evaluación de la ansiedad social y especialmente en la intervención (Christensen, Arkowitz, y Anderson, 1975; Hersen y Bellack, 1976; Curran, Corriveau, Monti, y Hagerman, 1980; Beidel, Turner y Dancu, 1985). Se trata de un tipo concreto de las situaciones de interacción descritas por Leary (1991). Una de las limitaciones de este factor es su reducida extensión (sólo 8 items) y la existencia de items referidos a situaciones íntimas conflictivas pero no heterosexuales.

Las correlaciones con otras variables de personalidad y psicopatología aportan apoyo empírico a la distinción entre estos los dos primeros factores como aspectos diferentes de la ansiedad social (dejando claro que el tercer factor se refiere a un tipo muy concreto de situaciones provocadoras de ansiedad social). Es precisamente el factor de Ansiedad de Audiencia el que obtiene correlaciones más altas con las variables

Ansiedad/Timidez (0.55) (DOI), Neuroticismo (EPQ-R) (0.38), Depresión (IEP) (0.29) y Trastornos Somatomorfos (IEP) (0.36) en comparación con el de Miedo a la Desaprobación o el Rechazo.

Una segunda distinción importante entre ambos factores se refiere al contenido de los items. Aunque tanto Richardson y Tasto (1976) como Curran et al. (1980) insisten en la eficacia del SRI para identificar situaciones, esto es, estímulos sociales, desencadenantes de la ansiedad, esto es así en cuanto a la mayoría de los items que saturan en el factor II y en el III. Sin embargo, en el Factor I existe un cierto número de items como 21, 40, 41, 58 y 60 (véase la Tabla 3) que se refieren a pensamientos y emociones. A este respecto conviene recordar la advertencia de Leary y Kowalsky (1993) acerca de las distinciones conceptuales entre aspectos afectivos y cognitivos, por una parte y conductuales, por otro, que se deben plasmar en los procedimientos de evaluación.

Los resultados de este estudio contribuyen a la distinción entre Ansiedad Social y sociabilidad. La correlación entre la escala de Extraversión del EPQ-R y el factor Miedo a la Audiencia, aunque negativa, no es significativa. Este resultado está en la misma línea que los informados por otros autores (Cheek y Buss, 1981; Asendorpf, 1993). Estos resultados se complementan con los obtenidos al calcular las correlaciones entre SRI y dos variables teóricamente muy relacionadas como la timidez (evaluada mediante el SRS II de Jones, Briggs y Smith, 1986) y la asertividad (evaluada mediante el AI de Gambrill y Richey, 1975). Al observar la Tabla 4 podemos apreciar de nuevo un comportamiento diferente de la puntuación total del SRI y el factor de Miedo a la Audiencia, que son las que obtienen correlaciones más altas tanto con la timidez como con asertividad (nivel de desagrado ante la situación descrita).

Los resultados sobre consistencia interna de los tres factores identificados en el SRI son satisfactorios. Sin embargo, son necesarios más estudios sobre la validez de este instrumento, especialmente validez concurrente. Es necesario también la obtención de normas tanto de población general como clínica. El único estudio que conocemos con este instrumento con pacientes psiquiátricos no permite comparar los resultados con las muestras generales, ya que no se usaron las mismas versiones del instrumento (Curran, Corriveau, Monti y Hagerman, 1980). Además, el tercer factor requiere una ampliación.

Con todo, esta escala parece prometedora para los siguientes objetivos:

- Evaluación previa a la psicoterapia para identificar áreas problemáticas, facilitar la elección de estrategias terapéuticas y ayudar en la construcción de jerarquías para desensibilización, exposición o entrenamiento asertivo.
- Medida de los resultados del tratamiento de la ansiedad social y déficits en habilidades sociales.
- Investigación aplicada para determinar las clases o tipos de interacciones sociales con respecto a su potencial para provocar ansiedad en diferentes poblaciones. Donahue, Van Hasselt y Hersen (1994) indican la necesidad de identificar subtipos de fóbicos sociales, especialmente por las implicaciones que

tendría para el tratamiento (por ejemplo, mayor énfasis en entrenamiento en habilidades sociales frente a reestructuración cognitiva).

- Investigar la relación entre ansiedad social y otros aspectos de adaptación y funcionamiento conductual.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alden, L. E.; Teschuck, M. y Tee, K. (1992). Public self-awareness and withdrawal from social interactions. *Cognitive Therapy and Research*, **3**, 249-267.
- APA. (1983). *DSM-III. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- APA. (1988). *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- APA. (1994). *DSM-IV. Diagnostic and Statistic Manual for Mental Diseases*. Washington: APA.
- Arnkoff, D. B. y Glass, C. R. (1989). Cognitive assessment in social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, **9**, 61-74.
- Asendorpf, J. B. (1993). Abnormal shyness in children. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, **34**, 1069-1081.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press.
- Beidel, D. C.; Borden, J. W.; Turner, S. M. y Jacob, R. G. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: concurrent validity with a clinic sample. *Behavior Research and Therapy*, **27**, 573-5761.
- Beidel, D. C.; Turner, S. M. y Cooley, M. R. (1993). Assessing reliable and clinically significant change in social phobia: validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Behavior Research and Therapy*, **3**, 331-337.
- Beidel, D. C.; Turner, S. M. y Dancu, C. V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behavior Research and Therapy*, **2**, 109-117.
- Bellack, A. S. y Hersen, M. (1979). *Research and practice in social skills training*. New York: Plenum Press.
- Buss (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.

- Caballo, V. E. (1993). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, **1**, 73-99.
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1986). Self-focusing effects of dispositional self-consciousness mirror presence, and audience presence. *Journal of Personality and Social Psychology*, **36**, 324-332.
- Clark, J. V. y Ankowitz, H. (1988). Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance. *Psychological Reports*, **36**, 211-221.
- Curran, J. P.; Corriveau, D. P.; Monti, P. M. y Hagerman, S. B. (1980). Social skills and social anxiety. *Behavior Modification*, **4**, 493-512.
- Curran, J. P.; Wessberg, H. W.; Farrell, A. D.; Monti, P. M.; Corriveau, D. P. y Coyne, N. A. (1982). Social skills and social anxiety: Are different laboratories measuring the some constructs? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **3**, 396-406.
- Cheek, J. M. y Buss, A. H. (1981). Shyness and sociability. *Journal of Personality and Social Psychology*, **2**, 330-339.
- Christensen, A.; Arkowitz, H. y Anderson, J. (1975). Practice dating as treatment of college dating inhibitions. *Behaviour Research and Therapy*, **13**, 3-21.
- DePaulo, B. M. y Tang, J. (1994). Social anxiety and social judgment: the example of detecting deception. *Journal of Research in Personality*, **28**, 142-153.
- Di Nardo, P. A.; Barlow, D. H.; Cerny, J. A.; Vermilyea, B. B.; Vermilyea, J. A.; Himadi, W. G. y Waddell, M. T. (1985). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Center for Stress and Anxiety Disorders.
- Donahue, B. C.; Van Hasselt, V. B. y Hersen, M. (1994). Behavioral assessment and treatment of social phobia: an evaluative review. *Behavior Modification*, **18**, 262-288.
- Edelman, R. J. (1992). *Anxiety: theory, research and intervention in clinical and health psychology*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Eysenck, S. B. G.; Pearson, P. R.; Easting, G. y Allsopp, J. F. (1985). Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in adults. *Personality and Individual Differences*, **6**, 613-619.
- Eysenck, S.B.G.; Eysenck, H. J. y Bennett, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, **6**, 21-29.
- Gambrill, E. D. y Richey, C. A. (1975). An Assertion Inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, **6**, 550-561.
- Glass, C. R. y Arnkoff, D. B. (1989). Behavioral assessment of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, **9**, 75-90.

- Glass, C. R. y Furlong, M. (1990). Cognitive assessment of social anxiety: affective and behavioral correlates. *Cognitive Therapy and Research*, **4**, 365-384.
- 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*, **1**, 37-55.
- Gullone, E. y King, N. J. (1992). Psychometric evaluation of a Revised Fear Survey Schedule for Children and Adolescents. *Journal of Child Psychiatry*, **6**, 987-998.
- Hart, E. A.; Leary, M. R. y Rejeski, W. J. (1989). The measurement of Social Physique Anxiety. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, **11**, 94-104.
- Heimberg, R. G.; Mueller, G. P.; Holt, G. S.; Hope, D. A. y Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, **23**, 53-73.
- Herbert, J. D.; Bellack, A. S. y Hope, D. A. (1991). Concurrent validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, **4**, 355-368.
- Hersen, M. y Bellack, A. S. (1976). Social skills training for chronic psychiatric patients. Rationales, research findings and future directions. *Comprehensive Psychiatry*, **17**, 559-580.
- Hersen, M. y Eisler, R. M. (1984). Entrenamiento de las aptitudes sociales. En W. E. Craighead, A. E. Kazdin e Y. Mahoney (Dir.). *Modificación de Conducta. Principios, Técnicas y Aplicaciones*. Barcelona: Omega, 387-402.
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and conceptual model. *Psychological Bulletin*, **107**, 156-176.
- Johnson, J.; Hornig, C. D. Liebowitz, M. R. y Weissman, M. M. (1992). Social Phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, **49**, 282-288.
- Johnson, R. C.; Danko, G. P.; Darvill, T. J.; Bochner, S.; Bowers, J. K.; Huang, Y. H.; Park, J. Y.; Pecjak, U.; Rahm, A. R. A. y Pennington, D. (1989). Cross-cultural assessment of altruism and its correlates. *Personality and Individual Differences*, **10**, 855-868.
- Jones, W. H.; Briggs, S. R. y Smith, T. G. (1986). Shyness: conceptualization and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, **3**, 629-639.
- Jones, W. y Russell, D. (1982). The Social Reticence Scale: an objective instrument to measure shyness. *Journal of Personality Assessment*, **6**, 629-6311.

- Kendrick, M. (1979). *Reduction of musical performance anxiety by attentional training and behavioral rehearsal: An exploration of cognitive mediational proceses*. Unpublished doctoral disertation. University of British Columbia.
- Leary, M. R. (1983). Social anxiousness: the construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment*, **47**, 66-75.
- Leary, M. R. (1991). Social anxiety, shyness, and related constructs. En J. P. Robinson; P. R. Shaver y L. S. Wrightsman (dirs.): *Measures of personality and social psychological attitudes*. San Diego: Academic Press, 161-194.
- Marks, I. M. (1969). Fears and phobias. London: Hernemann Medical Books.
- Marks, I. M. (1985). Behavioral treatment of social phobia. *Psychopharmacology Bulletin*, **21**, 615-618.
- Marks, I. M. y Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobias. *American Journal of Psychiatry*, **123**, 218-221.
- Mersch, P.P. D; Emmekamp, P. M. G.; Bogels, S. M. y Van Der Sleën, J. (1989). Social phobia: individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behaviour Research and Therapy*, **27**, 427-434.
- Ortet, G.; Martínez, E.; Martinavarro, C. y Benet, P. (1994). *Evaluación de la conducta antisocial en adultos. IV Congreso de Evaluación Psicológica*. Santiago de Compostela.
- Perez, J. (1984). Variables de personalidad y delincuencia. *Treballs del Departament de Psicologia Medica*, **4**. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Richardson, F. C. y Tasto, D. L. (1976). Development and factor analysis of a social anxiety inventory. *Behavior Therapy*, **7**, 453-462.
- Rubin, K. H. y Mills, R. S. L. (1988). The many faces of social isolation in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **6**, 916-924.
- Sanz, J. (1994). The Spanish version of the Interaction Anxiousness Scale: psychometric properties and relationship with cognitive factors. *European Journal of Psychological Assessment*, **10**, 129-135.
- Schlenker, B. R. y Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: a conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, **3**, 641-669.
- Silva, F.; Bernaldo de Quirós, M.; Caballero, L. y López, C. (1994). The Inventory of Personal Experiences: a new instrument for the asesment of psychological disorders in adults. *23rd International Congress of Applied Psychology*. Madrid.
- Silva, F.; Moro, M. y Ortet, G. (1994). Dimensiones de Orientación Interpersonal: un modelo y un instrumento. En M. Garaigordobil y C. Maganto (Dirs.). *Socialización y conducta prosocial en la infancia y en la*

- adolescencia*. San Sebastián: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, 89-108.
- Turner, R. M.; Meles, D. y DiTomasso, R. (1983). Assessment of social anxiety: a controlled comparison among social phobics, obsessive-compulsives, agoraphobics, sexual disorders and simple phobics. *Behavior Research and Therapy*, **2**, 181-183.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1985). Empirically derived subtypes of social anxiety. *Behavior Therapy*, **16**, 384-392.
- 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: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **1**, 35-40.
- Turner, S. M.; McCanna, M. y Beidel, D. G. (1987). Validity of the social avoidance and distress for fear of negative evaluation scales. *Behavior Research and Therapy*, **25**, 113-115.
- Watson, D y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **33**, 448-457.

## S R. I

A continuación encontrará una serie de frases que se refieren a acontecimientos o situaciones ante las cuales se puede sentir ansiedad o angustia. Se trata de que usted anote, con toda honradez, cuánta ansiedad o angustia le causan este tipo de situaciones en la actualidad. A la derecha de la hoja tiene anotadas cuatro posibilidades de respuesta:

Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1	2	3	4

Lea cada frase y haga un aspa (X) sobre el número correspondiente a la respuesta que elija.

Por favor, responda a cada cuestión según el grado de ansiedad que le cause o le causaría. Es importante distinguir entre sentimientos de ansiedad, miedo o angustia y otro tipo de reacción emocional fuerte. Por ejemplo, algunas frases se refieren a situaciones que pueden causarle enfado, pero no ansiedad. Por supuesto, algunas situaciones pueden producirle tanto enfado como ansiedad o temor. Entonces debe responder centrándose en esto último. Muy a menudo ocurre que, sentimientos que usted describiría espontáneamente con palabras tales como "turbado", "molesto" o "trastornado", están muy relacionadas con la ansiedad, el miedo o la angustia. Es por ello que debe tratarlos como si pertenecieran a la "ansiedad" a la hora de responder.

Sus respuestas a esta escala son confidenciales.

Nombre ..... Apellidos .....  
 Edad ..... años .. Sexo (V o M) .....  
 Profesión ..... Fecha .....

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. Alguien llama "estúpido" a algo que Ud. ha dicho o hecho	1	2	3	4
2. Dar una charla ante personas casi desconocidas	1	2	3	4
3. Decirle a un/a colega que Ud. está enfadado con él/ella	1	2	3	4
4. Ser acariciado en todo el cuerpo por una persona del sexo opuesto cuando ambos están desnudos	1	2	3	4
5. Un amigo/a le dice que está muy deprimido/a y que desea hablar con Ud. sobre algunos problemas	1	2	3	4
6. Su padre le reprocha que Ud. no le quiera	1	2	3	4
7. En una fiesta, su pareja comienza una conversación amable y amistosa con una persona del sexo opuesto	1	2	3	4
8. Alguien se comporta como si Ud. le disgustase	1	2	3	4
9. Ser entrevistado para un puesto de trabajo	1	2	3	4
10. Llamar la atención de forma airada a un/a dependiente/a que ha sido mal educado/a o incompetente	1	2	3	4

11. Acariciar por todo el cuerpo a una persona del sexo opuesto, desnudos	1	2	3	4
12. Alguien le pide a Ud. consejo acerca de un problema personal importante	1	2	3	4
13. Su madre le reprocha que Ud. no la quiera	1	2	3	4
14. Su pareja mantiene la mirada en una persona del sexo opuesto que parece bastante atractiva	1	2	3	4
15. Ser humillado o ridiculizado	1	2	3	4
16. Dar una opinión controvertida ante un grupo o en una reunión	1	2	3	4
17. Encararse fastidiado con un amigo que ha roto una promesa y que le ha causado molestias	1	2	3	4
18. Realizar un acto sexual completo con una persona del sexo opuesto	1	2	3	4
19. Felicitar cariñosamente a un/a colega por su trabajo	1	2	3	4
20. Uno de sus padres deja ver, dolido, que Ud. lo está descuidando	1	2	3	4
21. Pensar que va a perder a su pareja	1	2	3	4
22. Alguien se comporta como si Ud. hubiese herido sus sentimientos	1	2	3	4
23. Asistir a una fiesta numerosa en la que se espera que Ud. tome parte activa en la conversación	1	2	3	4
24. Decirle, molesto, a un/a amigo/a entrometido que se meta en sus cosas	1	2	3	4
25. Completamente vestidos, acariciar apasionadamente a una persona del sexo opuesto, por el cual Ud se siente atraído	1	2	3	4
26. Alguien se comporta como si Ud. le gustase mucho, aunque se conocen escasamente	1	2	3	4
27. Su padre o madre se comportan friamente con usted	1	2	3	4
28. Su pareja felicita a otra persona que tiene más éxito que Ud. en alguna actividad	1	2	3	4
29. Alguien le dice: "Podrías haberlo hecho mejor"	1	2	3	4
30. Le piden ser el líder en un grupo o reunión	1	2	3	4
31. Sentirse obligado a llamar la atención a una persona con quien Ud. ha salido y que se está comportando de forma inadecuada	1	2	3	4
32. Alguien del sexo opuesto a quien acaba de conocer le hace ver que desearía tener relaciones sexuales con Ud.	1	2	3	4
33. Pedir consejo acerca de algún problema	1	2	3	4
34. Su padre se enfada con Ud. y lo critica enfadado	1	2	3	4
35. Levantar la mano para pedir algo en una clase o reunión y ser ignorado por quien da la palabra	1	2	3	4
36. Ser ignorado al saludar a alguien a quien Ud. conoce bien	1	2	3	4
37. Hablar con alguien a quien Ud. desea impresionar	1	2	3	4
38. Tener que decidir por una entre dos personas para un trabajo, para el cual están igualmente calificadas	1	2	3	4
39. Completamente vestidos, bailar y abrazar a alguien del sexo opuesto	1	2	3	4
40. Sentirse muy enfadado con sus padres	1	2	3	4
41. Suponer que alguien herirá sus sentimientos	1	2	3	4
42. Ser amable con alguien y que le respondan friamente	1	2	3	4

43. Hablarle a alguien de forma autoritaria	1	2	3	4
44. Alguien le dice: "Te estas poniendo muy enfadado" o "Contróláte"	1	2	3	4
45. Observar una discusión entre miembros de su familia	1	2	3	4
46. Comprar un regalo para alguien y que éste le diga que no le gusta	1	2	3	4
47. Acercarse durante una fiesta a una persona del sexo opuesto e invitarle a sentarse y charlar un rato	1	2	3	4
48. Saber que alguien le está mintiendo y que debe encararse con él	1	2	3	4
49. Hacer algo de forma impremeditada e impulsiva en una situación social	1	2	3	4
50. Una persona de autoridad (profesor, jefe, padre) actúa como si le desaprobase	1	2	3	4
51. Tener que explicar su actividad laboral a un visitante a quien su jefe quiere impresionar	1	2	3	4
52. Decir a alguien que él/ella ha herido sus sentimientos	1	2	3	4
53. Plantear una pregunta en una discusión y ser ignorado por el grupo	1	2	3	4
54. Sentir que Ud. es el centro de atención	1	2	3	4
55. Decir a una persona que Ud. ha herido sus sentimientos	1	2	3	4
56. Recordarle a alguien alguna cosa y que reaccione con enfado	1	2	3	4
57. Comenzar una conversación con un/a desconocido/a durante un viaje	1	2	3	4
58. Preguntarse si está o no correctamente vestido para un acontecimiento o reunión social	1	2	3	4
59. Algunos amigos le piden que tome una decisión importante	1	2	3	4
60. Sentirse inadecuado o inferior respecto a las personas con quien está reunido	1	2	3	4
61. Decirle a sus padres o superiores que han estado interfiriendo en sus actividades y que deberán darle mayor libertad	1	2	3	4
62. Varias personas están hablando acerca de un acontecimiento social al cual Ud. podría haber sido invitado, pero no lo fue	1	2	3	4
63. Alguien le dice que, en lugar de Ud., prefiere por alguna razón a su hermano o hermana	1	2	3	4