



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESTANDARIZACIÓN DEL CUESTIONARIO PARA
DIAGNÓSTICO DE FOBIA SOCIAL EN ESTUDIANTES
MEXICANOS DE NIVEL MEDIO SUPERIOR Y
SUPERIOR.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA GENERAL EXPERIMENTAL

PRESENTA:
LETICIA MARIA JIMENEZ LOPEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
MIEMBRO DEL COMITÉ: MTRO. GUSTAVO BACHÁ MÉNDEZ
MIEMBRO DEL COMITÉ: MTRO. JORGE R. PÉREZ ESPINOSA
SUPLENTE: MTRO. JOSE MÉNDEZ VENEGAS
SUPLENTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

MÉXICO, D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Dr. Samuel Jurado Cárdenas.
Coordinador del Área Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad
Nacional Autónoma de México.
*Con todo mi respeto y reconocimiento tanto académico como humano
por su valiosa dirección en este trabajo, por su calidez y capacidad de
dar afecto.*

Dr. José Julio Torres Fuentes.
Director del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud. Unidad Santo
Tomás, del Instituto Politécnico Nacional.
*Con profunda gratitud por los apoyos brindados para la evaluación de la
población estudiantil, imprescindible para la elaboración del proyecto.*

Lic. Francisco Javier Molina Sereno.
Director del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos Num. 11 “Wilfrido
Massieu Pérez” del Instituto Politécnico Nacional.
*Mil Gracias por las facilidades prestadas para la realización de esta
investigación, sin lo cuál no hubiese sido posible llevarla a término.*

Mtra. Alejandra Guadalupe Barbeyto Hernández.
Jefa del Departamento de Psicología Básica del Centro Interdisciplinario de
Ciencias de la Salud. Unidad Santo Tomás del Instituto Politécnico Nacional.
*Un testimonio de afecto y agradecimiento por su amistad y apoyo
solidario.*

DEDICATORIAS

A Daniel Cordero Rosas.
Por todo lo que entre nosotros significó la elaboración de este trabajo y la importancia de cerrar ciclos...

A Dalia Itzé Cordero Jiménez.
Por todo el tiempo que me perdí de tu compañía al dedicarme a este trabajo.

A mis padres y hermanos.
Por su cariño y constancia.

A Sergio Santamaría Suárez.
Por tu afectuoso acicate y porque un amigo no se consigue a diario.

A todas las personas que
apoyaron en diversas formas el proceso de este trabajo.
Por sus muestras de apoyo y solidaridad.

A todos los estudiantes de las diferentes
instituciones que aceptaron participar en la investigación.
Porque son quienes dan significado a los datos.

INDICE

	TABLA DE CONTENIDOS	PAGINA(S)
AGRADECIMIENTOS		2
DEDICATORIAS		3
INDICE		4
INTRODUCCIÓN		5 - 7
RESUMEN		8 - 9
SUMMARY		10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		11 -19
CAPÍTULO 1: SALUD, COMPETENCIA SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA		13 - 21
CAPITULO 2 : FOBIA SOCIAL		
2.1 Antecedentes históricos		22 - 24
2.2 Definición y diagnóstico diferencial.		24 - 29
2.3 Tipos de fobia social.		29 - 32
2.4 Fobia social versus timidez.		32 - 35
2.5 Fobia social, Ansiedad social o trastorno de personalidad por evitación.		36 - 38
2.6 Modelos explicativos de la fobia social		39 - 50
2.7 Instrumentos de evaluación para fobia social		51 - 56
CAPITULO 3: ESTANDARIZACIÓN		
3.1 La evaluación en psicología		57 - 58
3.2 Dos conceptos básicos: confiabilidad y validez		58 - 59
3.3 Adaptación y estandarización		59 - 61
OBJETIVOS		62
JUSTIFICACIÓN		63 - 68
METODO		69 - 74
RESULTADOS		75 - 93
ANALISIS Y DISCUSIÓN		94 - 96
ANEXOS		97 - 99
REFERENCIAS		100 - 103

INTRODUCCIÓN

El desarrollo humano incluye un conjunto de dimensiones entre las cuales se encuentra la social. Los seres humanos al igual que otras especies, requieren aprender los códigos del grupo para la interacción social que es requerida para poder adaptarse a él. Este aprendizaje ocurre a partir de la relación con cuidadores adultos que transmiten al individuo joven las experiencias de la cultura y de la especie. Sin embargo, dado que algunos individuos fallan en la adquisición de tales códigos sociales y que ese hecho tiene repercusiones para la consecución de un adecuado desarrollo de la competencia social, se considera importante profundizar en el conocimiento de dichas repercusiones y como evaluarlas. (Delval,1994,2000)

Existe una basta cantidad de estudios en los seres humanos en los que se establece la relación entre el desarrollo social deficiente y otros problemas psicológicos, (Del Prette, Monjas, & Caballo 2006; Bobes & Col. 2002; Feldman 2003; Kessler, 2003).

Esto es; frecuentemente en diversos trastornos psicológicos como los afectivos o trastornos por consumo de sustancias entre otros, se cuenta con datos empíricos de comorbilidad con alguna de las condiciones psicopatológicas en las que los individuos tienen déficits en la competencia social, entre ellas se encuentra la fobia social (Botella, Baños & Perpiñá, 2003, Bobes & Col. 2002, Baños, Botella, Guillén & Benedito 2003).

El presente trabajo se centra en la fobia social, que en lo sucesivo se designará indistintamente como fobia social o ansiedad social. Describe el proceso de traducción, adaptación y estandarización del instrumento denominado:

CUESTIONARIO DIAGNOSTICO PARA FOBIA SOCIAL (Social Phobia Diagnostic Questionnaire: Newman, M. G., Kachin, K. E., Zuellig, A. R., Constantino, M. J. & Cashman-MacGrath, L. (2003). Department of Psychology, Pennsylvania State University Park, P.A., USA). En adelante se continuará utilizando la abreviatura SPDQ, de las siglas en inglés, agregando una E para referirse al cuestionario traducido y adaptado al español, entonces el cuestionario en su versión en español se denominará SPDQE, ya que de esta manera se conserva la identificación del instrumento original y al mismo tiempo se distingue de él.

La fobia social es una condición que seguramente se puede identificar desde tiempos ancestrales, pero a pesar de ello, es muy reciente su inclusión en los manuales internacionales de diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales (DSM, CIE). La APA reconoce a la fobia social como trastorno clínico independiente en 1980; mientras que la OMS la acepta hasta 1992 (Carretero, Feixas, Pellungrini & Gutiérrez 2001). Esto significa que no es hasta tales fechas, que la fobia social es aceptada como un problema considerable de salud pública (Furmark, 2002).

El cuestionario diagnóstico para fobia social (SPDQ), fue diseñado para evaluar la fobia social directamente de acuerdo con los criterios del DSM-IV. Esta es la razón principal por la que se eligió este instrumento pues los otros publicados están basados algunos en el DSM III y otros en el DSM IIIR. Se trata de un instrumento de tamiz que se considera útil para disminuir el tiempo y costo que normalmente se requeriría para llevar a cabo el diagnóstico de fobia social por medio de entrevistas clínicas.

Con este trabajo se pretende aportar un instrumento que cumpla con los requerimientos de fiabilidad y validez para identificar casos de fobia social en estudiantes de nivel superior y medio superior de la Ciudad de México, una de las poblaciones que de acuerdo con los datos epidemiológicos internacionales, es la de mayor frecuencia de inicio del problema, pero al mismo tiempo un momento oportuno para su detección y manejo, incidiendo con ello en el campo de la prevención en salud a través de la detección oportuna y en la prevención secundaria al probar e instrumentar medidas que tengan como finalidad mejorar la calidad de vida de aquellos individuos identificados como fóbicos sociales.

RESUMEN

Se reporta el proceso de traducción, adaptación y normalización del instrumento: CUESTIONARIO PARA DIAGNOSTICO DE FOBIA SOCIAL (Social Phobia Diagnostic Questionnaire SPDQ: Newman, M. G., Kachin, K. E., Zuellig, A. R., Constantino, M. J. & Cashman-MacGrath, L. Department of Psychology, Pennsylvania State University Park, P.A., USA 2003) en población de estudiantes mexicanos de nivel superior y medio superior. (Social Phobia Diagnostic Questionnaire SPDQ: Newman, M. G., Kachin, K. E., Zuellig, A. R., Constantino, M. J. & Cashman-MacGrath, L. Department of Psychology, Pennsylvania State University Park, P.A., USA 2003).

Con el interés de contar con un instrumento de diagnóstico que permita la identificación temprana u oportuna de los estudiantes que presentan este problema, y que en un futuro a partir de la detección, sea posible diseñar e instrumentar acciones que fortalezcan su competencia social, se realizó un estudio piloto con 237 estudiantes del primer año de licenciatura y de vocacional, que respondieron la versión traducida y adaptada del cuestionario.

Esta primera fase concluye encontrándose que la consistencia interna del instrumento adaptado fue de .88, y la capacidad de discriminación de los reactivos de acuerdo con una prueba T para muestras independientes, era adecuada, con excepción de uno de ellos que tuvo que ser cambiado para mejorar la comprensión del mismo. El Número de estudiantes identificados como fóbicos sociales en la muestra piloto fue de 56, lo cual corresponde a 22.3% del total.

Una vez probado el instrumento, se procedió a aplicarlo en una muestra de 1940 sujetos estudiantes de vocacional y primer año de licenciatura. Todos ellos eran de primer ingreso a las escuelas en ambos grados, con lo cual se considera que los sujetos han sido elegidos al azar.

En la muestra normativa, se obtiene un valor de Alfa de Cronbach de .85, y al igual que en el estudio piloto, se confirma que se trata de un instrumento que tiene las características psicométricas requeridas para ser utilizado tanto en la clínica como en la investigación para la detección de estudiantes del nivel medio superior y superior que presentan fobia social. En esta fase del estudio, se identificaron 417 sujetos como fóbicos sociales, lo cual equivale al 21.4% de la muestra total.

SUMMARY

It is reported the process of translation, adjustment and normalization of the instrument: QUESTIONNAIRE FOR DIAGNOSIS OF SOCIAL PHOBIA: Social Phobia Diagnostic Questionnaire SPDQ: Newman, M. G., Kachin, K. E., Zuellig, A. R., Constantino, M. J. & Cashman-MacGrath, L. Department of Psychology (2003) Pennsylvania State University Park, P.A., USA), in population of Mexican students of top level and a half top.

With the interest of relying on an instrument of diagnosis that it should allow the early or opportune identification of the students who present this problem, and that in a future from the detection, is possible to design and to orchestrate actions that strengthen the social competition, carried out a study I pilot with 237 students of the first year of University.

This first phase concludes thinking that the internal consistency of the adapted instrument it was of .88, and the capacity of discrimination of the items is appropriate.

Once proved the instrument, one proceeded to apply it in a sample of 1940 students of the first year of vocational and University. All of them were of the first revenue to the schools in both degrees, with which it thinks that the subjects have been chosen at random.

In the normative sample, there is obtained a value of Cronbach's Alpha of .85, and as in the pilot study, is confirmed that it is a question of an instrument that it has the psychometric characteristics needed to be used both in the clinic and in the research fields for the students' detection of the average top and top level that they present social phobia. In this phase of the study, 417 subjects were identified as phobic social, which is equivalent to 21.4 % of the total sample.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los problemas de inadecuación social son muy frecuentes en la sociedad occidental actual y al mismo tiempo, es reconocido el hecho de que en las diferentes situaciones de la vida humana, es imprescindible cierto grado de competencia social para evitar que la interacción social resulte inadecuada, conflictiva y / o productora de malestar y ansiedad como ocurre en el caso de la fobia social (Caballo & Cols. 2006).

Considerando que cualquier programa o procedimiento de intervención psicológica debe estar precedido por la evaluación requerida; y que solo a partir de ella es posible afirmar contundentemente que el problema existe y en que magnitud; resulta pertinente contar con instrumentos de diagnóstico que apoyen la detección oportuna y la intervención temprana en el problema de la fobia social.

En México son pocos los estudios que se han realizado acerca del problema de la fobia social, sin embargo algunos de los publicados aportan datos en el sentido de que el problema existe, aunque también indican la necesidad de profundizar en su análisis para partir de ese conocimiento a la posibilidad de incidir en él.

El Instituto Nacional de psiquiatría realizó un estudio en la Ciudad de México que refiere una prevalencia de fobia social del 2.4% en personas entre los 18 y los 24 años de edad (Caraveo & Colmenares, 2003), mientras que otro estudio realizado con inmigrantes de origen mexicano radicados en EU menciona una prevalencia de 35.7%.

Blanco, García, & Gómez (2000) reportaron un estudio realizado con estudiantes de bachillerato de la Ciudad de Coatzacoalcos, Veracruz, en el que se evaluaron 261 estudiantes de bachillerato utilizando para ello el SPIN. Un total de 29 (12.6%) presentaron Fobia Social, de los cuales 18 (62.1%) presentaron síntomas leves; 7 (24.1%) moderados; y 4 (13.8%) severos.

Los estudios que se han realizado en la población mexicana respecto de este tema resultan insuficientes para saber cuál es la dimensión real en el país, sin embargo se tiene la hipótesis de que es más importante de lo que hasta ahora se ha considerado.

Se considera necesario entonces, llevar a cabo mayor investigación epidemiológica respecto de esta condición, conocer la magnitud y particularidades del problema en México, e instrumentar medidas de prevención y detección oportuna. Para ello es necesario contar con instrumentos validados y confiables para su uso en muestras nacionales, sin embargo en el País se carece de instrumentos que cumplan con dichas características psicométricas para elaborar el tamizaje de fobia social. Este es el problema del que se parte en la presente investigación.

CAPITULO 1: SALUD, COMPETENCIA SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA.

La vida social es tan inherente al homo sapiens como a otras especies animales, esto es, la organización social está muy lejos de ser de exclusividad humana; aunque los tipos de sociedad y de organización sean muy particulares dependiendo del phylum. El medio social constituye el ambiente natural para el desarrollo humano (Delval, 1994, 2000).

Cada especie requiere la adquisición de habilidades, hábitos y motivos que permitan a los individuos formar parte de una sociedad, ello se encuentra mediado por el proceso de desarrollo social. Por ejemplo, Maestriperi y col. (2002) reportan resultados de una investigación en la que se observó la interacción de once díadas de gorilas madre – hijo, inicialmente los gorilas jóvenes repetían las conductas de sus madres pero posteriormente se observó como los gorilas infantes eran en general mas activos que sus madres en la creación de situaciones que conducen potencialmente a la adquisición de habilidades o conocimientos; alentaban a sus madres a compartir la comida, jugar con ellos ó a seguirlos y aunque los hijos alentaban a sus madres a realizar actividades como caminar o trepar, éstas se mostraron poco interesadas.

Weaver, de Wall & Franz (2003) investigaron si la calidad de la relación madre – hijo determina o influye sobre la reconciliación – afiliación entre monos capuchinos oponentes y para ello, se realizó un estudio longitudinal con una muestra de 38 pares de monos durante 24 meses. La relación entre cada par fue clasificada como segura o insegura. Se concluyó que los monos que

mantenían una relación segura desarrollaron estilos conciliatorios y en situaciones de conflicto social, buscan calmarse, contrastando con los monos que mantuvieron relaciones inseguras.

En el caso de los seres humanos, la capacidad de cooperar con otros para hacer en conjunto, supone el desarrollo de habilidades complejas; en particular la de lograr acuerdos con el otro, y este es de hecho un factor fundamental en el éxito del desarrollo humano (Delval, 1994, 2000). Cada cultura establece sus propias reglas de comportamiento social, convencionalismos sociales como las formas de vestir, indicadores de estatus, en general las reglas para las interacciones sociales, que capacitan a los individuos para la vida en sociedad. Esta capacitación implica el desarrollo social entendido como el proceso de adquirir los cambios que se producen en los aspectos relacionales y en el aprendizaje de la cultura a lo largo de la vida (Papalia & Wendkos, 2005).

El desarrollo social es un proceso dinámico que involucra el momento histórico, la evolución cultural, la condición económica y los distintos recursos internos que tiene el individuo para enfrentar la experiencia vital (Papalia & Wendkos, 2005).

El desarrollo social humano se ha estudiado desde diversos puntos de vista, una de las mas influyentes teorías es la visión de la psicología genética Piagetiana, que considera el desarrollo social como paralelo al desarrollo cognitivo. Sin embargo, otros autores proponen una concepción social o más precisamente, se destaca el valor decisivo de la interacción entre pares, no

como función meramente socializadora, sino como promotora del desarrollo psicológico cognitivo y emocional individual (Delval, 1994, 2000).

L. S. Vygotsky plantea una hipótesis central en el desarrollo psicológico individual. Afirma que la relación con el otro, la cooperación como origen inmediato del desarrollo psíquico, permite dimensionar al grupo como el otro del plano interpsíquico (Vygotsky, 1987).

Según Vygotsky (1987) cualquier función presente en el desarrollo cultural del ser humano, aparece dos veces o en dos planos distintos. En primer lugar aparece en el plano social, para hacerlo, luego en el plano psicológico. En principio, aparece entre las personas como una categoría interpsicológica, para luego aparecer en el niño como una categoría intrapsicológica. Las relaciones sociales o relaciones entre las personas subyacen genéticamente a todas las funciones superiores y a sus relaciones. Vygotsky (1987). Piaget en cambio (1932, 1935) describe tres modos sociales: autismo, coerción social y cooperación.

Un concepto comúnmente utilizado para involucrar el grado de adaptación logrado por los seres humanos en relación con su mundo social, es el de **COMPETENCIA SOCIAL**. Se trata de un constructo complejo y multidimensional que se ha definido de diversas formas, incluyendo los siguientes :

- ψ Conductas interpersonales (aceptación de la autoridad, destrezas conversacionales, conductas cooperativas, etc.)

- ψ Conductas relacionadas con el propio individuo (expresión de sentimientos, actitudes positivas hacia uno mismo, conducta ética, etc.)
- ψ Conductas relacionadas con la tarea (trabajo independiente, seguir instrucciones, completar tareas etc.)
- ψ La aceptación de los compañeros.

Arias & Fuertes (1999) describen distintas definiciones en relación con la competencia social:

- Schultz, Florio & Erickson (1982) la consideran como “todo tipo de conocimiento comunicativo que los miembros individuales de un grupo cultural necesitan poseer para ser capaces de interactuar entre ellos, tanto en formas socialmente adecuadas como estratégicamente efectivas”.
- Waters & Sroufe (1983) consideran la competencia social como la capacidad para usar adecuadamente los recursos personales y ambientales para lograr el éxito ante un problema. Entre esos recursos personales se encuentran las habilidades conductuales, los componentes afectivos y los cognitivos, la información, las actitudes y las creencias. Los recursos ambientales, por su parte, hacen referencia a los compañeros, los padres, las organizaciones y las normas, actividades estructuradas o informales, etc.
- Hatch (1987) identifica tres aspectos del conocimiento comunicativo:
 - a) Conocimiento de formas adecuadas de interactuar en diversas situaciones
 - b) Conocimiento de la ejecución adecuada de habilidades verbales y no verbales.

c) conocimiento de las habilidades interpretativas utilizadas para tomar conciencia de las intenciones de los demás.

□ Gresham 1988 en cambio define la competencia social en función de los juicios de los demás o de los efectos que produce su comportamiento

En términos generales los autores coinciden en interpretar la competencia social como un constructo supraordinal que contiene otros subordinados y moleculares como son los recursos personales que, coordinados de una manera flexible, contribuyen a la ejecución de una conducta socialmente competente (Arias & Fuertes,1999)

El concepto de competencia social ha sido señalado de manera reiterada como una de las variables psicológicas impactan de distinta forma en el continuo salud enfermedad.

Hernández & Sánchez (1991) refieren que las variables que se relacionan con el estado de salud del ser humano se podrían clasificar en cuatro grandes grupos:

1.- La herencia: naturaleza y características del equipo biológico con que se nace.

2.- La nutrición: calidad y cantidad de los alimentos consumidos desde la gestación.

3.- Acceso a servicios de salud de alta calidad

4.- El comportamiento humano.

En el aspecto específico de la salud mental, el comportamiento humano adaptativo y la estabilidad emocional son modulados por variables como la competencia social que se desarrolla en la infancia, formas específicas de expresión del afecto, estrategias de manejo del estrés, y de la presión social, la conformación temprana de la autoestima y habilidades de análisis del entorno entre otras.

Es entonces pertinente que desde una perspectiva epidemiológica y con enfoque de riesgo el presente trabajo se inserte como una aportación que se manifiesta tanto en el campo de la prevención primaria como en la prevención secundaria y terciaria. En el primer caso, proponiendo estrategias en el mantenimiento o mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos y en los siguientes niveles la intervención psicológica se modifica pero en todos ellos el concepto de calidad de vida se considera central.

El concepto de calidad de vida es relativamente nuevo en la evaluación de la salud. Es un concepto multidimensional que abarca estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y el empleo, así como situación económica. Para evaluar la calidad de vida, es necesario tomar en consideración los sistemas de valores, estándares y perspectivas que se modifican de acuerdo con la persona, el lugar y el grupo al que pertenece. Se refiere en términos generales a un estado de bienestar físico, mental y social que integra la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”; puede ser medido en dos dimensiones: La primera a través de una evaluación objetiva y la segunda por medio de la percepción subjetiva de la salud. (Velarde & Ávila, 2002)

En el rubro de la salud, la OMS propone los términos deficiencia, discapacidad o minusvalía como conceptos descriptivos de las consecuencias de la enfermedad.

Define la deficiencia como pérdida de la función psicológica, fisiológica o de una estructura anatómica (órgano y función), por ejemplo la ausencia de un miembro o el retraso mental.

Discapacidad es referida a toda restricción de la habilidad para desarrollar una actividad considerada normal para un individuo y que se manifiesta como dificultad para caminar, hablar, vestirse o comprender, que es resultado de una deficiencia.

En cambio la minusvalía es definida como la desventaja de una persona que es resultado de una deficiencia o discapacidad, que impide el total desarrollo de su funcionamiento normal. Esto implica que la persona tiene déficits en sus relaciones interpersonales, en la posibilidad de integrarse a la escuela, el trabajo o los deportes.

Se establece que la deficiencia y el origen de la discapacidad definen el grado de dependencia de una persona. La dependencia se expresa en las actividades cotidianas, alimentación, higiene, comunicación y traslado.

En los escolares, la deficiencia puede manifestarse a través de bajo rendimiento escolar, rechazo escolar, capacidad de adaptación disminuida y una socialización alterada; en el área psicoafectiva, dificultad de adaptación ante una crisis, baja autoestima y elevada dependencia (Velarde & Ávila, 2002).

En el rubro de la salud mental, a partir de la década de los 80 se han propuesto diversos modelos para explicar el concepto de calidad de vida, desde los primeros modelos se ha destacado la importancia de las relaciones interpersonales, la integración social y la autodeterminación de las personas.

Dos modelos importantes que explican el concepto de calidad de vida, son

1.- Modelo del proceso dinámico que pone el acento en los factores socioculturales y otros factores del desarrollo de la personalidad, define la calidad de vida como "El resultado de un proceso continuo de adaptación durante el cual el individuo debería reconciliar sus deseos y metas con las condiciones del entorno social y con su habilidad para satisfacer las demandas sociales, asociadas a la consecución de tales metas y deseos" (Verdugo & Martin, 2002).

A partir de 1990, hay un cambio de paradigma en torno al concepto de calidad de vida y se considera que el modelo propuesto por Schalock que hace énfasis en la multidimensionalidad del concepto calidad de vida, es el mas completo y por ello su definición ha sido la mas aceptada por los investigadores del tema "Calidad de vida según Schalock es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida: Bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos" (Verdugo & Martin, 2002)

En virtud de lo anterior, puede afirmarse que la fobia social constituye una condición que debilita la competencia social y esto incide negativamente en la

calidad de vida de los individuos que la presentan. Considerando entonces que la competencia social es una condición que afecta significativamente la calidad de vida de quienes la presentan, tanto la salud mental como la física se ven comprometidas en diversos grados y modalidades.

Atender la fobia social como un problema de competencia social que es factor elemental para el proceso de adaptación del individuo en condiciones normales, puede considerarse como una acción de prevención secundaria respecto del problema mismo y simultáneamente de prevención primaria pues se reporta, con frecuencia que la fobia social suele ser antecedente de otras condiciones disfuncionales de mayor complejidad principalmente la depresión mayor y las adicciones.

La aportación por tanto de este trabajo consiste en proporcionar un instrumento de tamiz, que sea útil para la identificación certera, eficiente, rápida y económica de aquellos individuos que presentan fobia social lo cual es importante dado que las instituciones tanto educativas como de salud generalmente disponen de pocos recursos tanto financieros como humanos para hacer frente a las demandas de atención a la salud mental y en este sentido es relevante la utilidad de un instrumento que ha sido confiabilizado y validado.

CAPÍTULO 2: FOBIA SOCIAL (TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL)

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Los primeros reportes que se tienen en cuanto a fobia social, se remontan al siglo XIX, cuando en 1845, Casper reportó casos de ansiedad social en pacientes con ereutofobia, condición que surge en 1896 como parte de la clasificación de las fobias en la psicopatología clásica. En 1901, el médico psiquiatra Paul Hartenberg escribió “Les timides et la timidité”, haciendo referencia a lo que en la actualidad se conoce como fobia social (Botella, Baños y Perpiñá 2003).

Bobes y Cols. (2003) sintetizan los antecedentes del estudio de la ansiedad social planteando lo siguiente: En 1903, Janet propone incluir una sección de fobia social (phobie des situations sociales) en su clasificación de las fobias, refieren que la primera descripción de la fobia social diferenciada de otros trastornos de ansiedad es realizada por Isaac Marks & Gelder (1966) , en ella describen los miedos a comer, beber, hablar, escribir o vomitar en presencia de otras personas, señalan que las personas que presentan fobias sociales se sitúan entre la fobia simple y la agorafobia.

El reconocimiento formal de la fobia social como entidad clínica independiente es muy reciente, se realizó con base en el concepto de Marks & Gelder (1966), y su inclusión en los manuales internacionales de clasificación de las enfermedades, se da en 1980 para la tercera versión del DSM y 1992 para el ICD – 10 (Bobes y col. 2003; Botella y col. 2003; Carretero y cols.2001).

Bobes y Col. (2003) atribuyen al trabajo de Liebowitz que en 1985 señala que la fobia social se ha convertido en un trastorno olvidado y a partir de entonces,

se incrementa el interés en el tema, con lo que aumenta el número de investigaciones y el diseño de instrumentos de evaluación.

En el DSM – III, la fobia social estaba considerada como una fobia simple, limitada a una o dos situaciones sociales, que en mínimas ocasiones representaba un obstáculo importante para el funcionamiento global de quién la presentaba. El rasgo esencial era “miedo persistente e irracional y un deseo impulsivo de evitar la situación, en la cual, el individuo se ve expuesto a la posible observación de los demás, con el temor de que pueda actuar de manera que resulte humillante o embarazoso” (APA, 1980). En la revisión diagnóstica que dio lugar al DSM – III - R

(APA, 1987); la fobia social se definió como “un miedo persistente a una o mas situaciones sociales en las cuales el individuo se ve expuesto a un posible escrutinio por parte de los demás, junto con la presencia de miedo a hacer algo o de actuar de forma humillante o embarazosa” se dividió en dos subtipos: 1.- Se incluyó un subtipo generalizado que se utilizaba cuando el individuo temía a diversas situaciones y 2.- fobia social no generalizada o específica cuando el miedo se presenta ante una situación definida como el temor a hablar en público o el temor a atragantarse delante de otras personas. En el DSM –III-R se permite utilizar simultáneamente los diagnósticos de fobia social y trastornos de ansiedad por evitación, cosa que en el DSM – III mantenía como mutuamente excluyentes.

La versión IV del DSM no hace grandes diferencias con relación al concepto de fobia social del DSM – III- R. Para el CIE -10 es la primera versión en la que aparece (Botella y col. 2003)

2.2 DEFINICIÓN Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Tanto en el DSM como en el CIE, la fobia social forma parte del conjunto de los trastornos de ansiedad, en el DSM-IV, los trastornos de ansiedad son los siguientes:

- ψ Trastorno de angustia con agorafobia (F 40.01)
- ψ Trastorno de angustia sin agorafobia (F41.0)
- ψ Agorafobia sin historia de trastornos de angustia (F40.00)
- ψ Fobia específica (F 40.2)
- ψ **Fobia social (F40.1)**
- ψ Trastorno obsesivo compulsivo (F42.8)
- ψ Trastorno por estrés postraumático (F43.1)
- ψ Trastorno por estrés agudo (F43.0)
- ψ Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)
- ψ Trastorno de ansiedad debida a enfermedad médica (F06.4)
- ψ Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (F06.4)
- ψ Trastorno de ansiedad no especificado (F41.9)

La fobia social es entonces, un trastorno de ansiedad comúnmente presente en los estudios epidemiológicos de las grandes poblaciones, en el DSM –IV se define que “ se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación” (APA, 1994), sin embargo, diversos autores coinciden en señalar las

dificultades que se presentan al tratar de delimitar específicamente la fobia social de la timidez, la ansiedad social o el trastorno de personalidad por evitación. Algunos autores consideran que la ansiedad social existe en un contínuum cuyos rasgos van desde la normalidad pasando por la timidez hasta las más severas formas de ansiedad social (Fumark, 2002).

Desde una perspectiva evolutiva es posible que la ansiedad social, o aquella que ocurre en situaciones donde la persona es evaluada por otras, en su forma mas benigna, tenga algunas implicaciones de significado adaptativo en el contexto de nuestro complejo sistema de jerarquías sociales (Feldman et al. 2003).

Los criterios diagnósticos señalados en el DSM –IV para la fobia social son:

- ψ Criterio A: Miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas.
- ψ Criterio B: La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad.
- ψ Criterio C: Dicha respuesta puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada Aunque los adolescentes y adultos que padecen el trastorno reconocen que este temor resulta excesivo o irracional, puede que esto no suceda en los niños.
- ψ Criterio D: En la mayoría de las ocasiones las situaciones sociales o actuaciones en público acaban convirtiéndose en motivo de evitación, si

bien otras veces el individuo puede soportarlas aunque experimentando sumo terror.

- ψ Criterio E: El diagnóstico puede efectuarse sólo en los casos en los que el comportamiento de evitación, el temor o la ansiedad de anticipación interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales y su vida social, o bien genera un malestar clínicamente significativo.
- ψ Criterio F: En las personas menores de 18 años los síntomas deben haber persistido como mínimo durante 6 meses antes de poder diagnosticar una fobia social.
- ψ Criterio G: El miedo o los comportamientos de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno generalizado del desarrollo, o trastorno esquizoide de la personalidad)
- ψ Criterio H: En el caso de que hubiera otro trastorno como: tartamudez, enfermedad de Parkinson o anorexia nerviosa, el temor o el comportamiento de evitación no se limitan a la preocupación por su posible impacto social (APA, 1994).

Otra especificación del DSM –IV es que los individuos con fobia social, experimentan casi siempre síntomas de ansiedad ante las situaciones temidas, los síntomas comunes son:

- ψ Palpitaciones
- ψ Temblores
- ψ Sudoración
- ψ Molestias gastrointestinales
- ψ Diarrea
- ψ Tensión muscular
- ψ Enrojecimiento
- ψ confusión

Esencialmente, los pacientes con Síndrome de Ansiedad Social se caracterizan por el miedo a ser escrutados o evaluados por otras personas, tienen la creencia de que la evaluación será negativa o humillante. Ser el centro de atención, caminar dentro de una habitación, platicar con algún pequeño grupo, iniciar alguna conversación con una persona del sexo opuesto, son situaciones típicamente disparadoras de la ansiedad social.

Una vez en la situación social, la persona experimenta una inmediata respuesta de ansiedad, la cual puede tomar la forma de un ataque de pánico completo o la sintomatología psicológica ansiosa, temblores, ruborización, etc.

Botella, Baños y Perpiñá (2003) plantean que la fobia social consiste en un marcado miedo a situaciones en las que la persona puede actuar de modo embarazoso, ridículo o humillante delante de otros, o a que se noten sus síntomas de ansiedad.

Ocurre cuando la persona se encuentra en situaciones en las que cree que puede ser evaluada u observada por los demás, independientemente de que esto sea así realmente o no.

Es frecuente que ocurra la ansiedad anticipatoria, es decir, que la persona se preocupe mucho antes de enfrentar realmente la circunstancia o situación temida.

Botella, Baños y Perpiñá (2003) señalan las siguientes situaciones temidas por las personas con fobia social:

- Hablar en público
- Realizar actividades frente a otras personas
- Iniciar y mantener conversaciones con desconocidos.
- Asistir a fiestas y actos sociales.
- Ser observado cuando entra en un lugar como cafetería o restaurante.
- Hablar con figuras de autoridad
- Interactuar con personas que le resultan atractivas.
- Hablar por teléfono
- Utilizar un lavabo público.

Cervera, S., Roca, M. & Bobes, J. (1998) refieren que en la fobia social se encuentran asociados diversos trastornos como:

- Hipersusceptibilidad a la crítica y al rechazo
- Baja autoestima y autoevaluaciones negativas (autodenigraciones)
- Suelen temer las evaluaciones indirectas, por ejemplo, los exámenes
- Déficits en asertividad y habilidades sociales (ejemplo, les cuesta mantener la mirada)
- Dificultad para encontrar pareja, amigos y apoyos sociales

- Signos objetivos de ansiedad (temblores, voz vacilante)
- Pueden obtener malos resultados en los estudios por su ansiedad ante los exámenes y su temor a hablar en clase y, por lo mismo, pueden tener dificultades laborales.
- Frecuentemente desarrollan otros trastornos de ansiedad, depresión y abuso de alcohol y ansiolíticos

2.3 TIPOS DE FOBIA SOCIAL

La fobia social (ansiedad social) es un trastorno de ansiedad que se clasifica en dos tipos:

- ψ FOBIA SOCIAL GENERALIZADA: Ocurre en la mayoría de las situaciones sociales. Por ejemplo, iniciar o mantener conversaciones, participar en pequeños grupos, tener citas, hablar con figuras de autoridad o asistir a fiestas. Los individuos con fobia social generalizada suelen tener miedo tanto a actuar en público como a situaciones sociales interactivas.
- ψ FOBIA SOCIAL FOCALIZADA: Se presenta exclusivamente en situaciones concretas.

EL CIE – 10 ESTABLECE LOS SIGUIENTES CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA LA FOBIA SOCIAL:

Se requiere presentar síntomas vegetativos y dos de los siguientes síntomas simultáneamente:

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no

pertenece al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en llanto, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

- Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

El CIE – 10 establece un sistema de evaluación multiaxial para los pacientes que presentan fobia social, que involucra dos ejes principales:

- Evaluación del eje I:
 1. Fobia social (trastorno de ansiedad social)
 2. Trastorno de la personalidad por evitación.
- Evaluación del eje II
 1. Grado de discapacidad por la fobia social (trastorno de ansiedad social)
 2. Calidad de vida relacionada con la salud percibida por los pacientes con fobia social.

2.4 FOBIA SOCIAL VERSUS TIMIDEZ.

Existe otro concepto que se parece mucho al de fobia social o ansiedad social, que es el Timidez, para diferenciar entre estos conceptos, se presenta enseguida, el análisis del concepto timidez:

La palabra timidez en el nivel coloquial es ampliamente usada para designar el malestar experimentado en presencia de personas desconocidas.

Etimológicamente procede del latín *timidus* que significa temeroso. La Real Academia de la Lengua Española (1992) la define como “temeroso, medroso, encogido y corto de ánimo”.

Cano, & cols. (2000) definen la timidez como “mecanismo de defensa que permite a la persona evaluar situaciones novedosas a través de una actitud de cautela con el fin de responder de forma adecuada a la situación”. Presentan diferentes y numerosas definiciones que han tenido lugar en el ámbito de la psicología para la timidez, algunas de ellas son: "la tendencia a evitar interacciones sociales y a fracasar a la hora de participar apropiadamente en situaciones sociales" ansiedad y disconfort con situaciones sociales, particularmente en aquéllas que implican evaluación por parte de la autoridad, "auto-observación de sí mismo, infelicidad, inhibición, preocupación sobre sí mismo..." (Crozier, 1979); reacción de tensión, preocupación, sentimientos de incomodidad y disconfort e inhibición del comportamiento social normalmente esperado (Buss,1980); disconfort, inhibición, y respuestas de ansiedad, auto-observación de sí mismo, y reticencia en presencia de los otros (Jones, Briggs y Smith, 1985).

Clasificación de la timidez en dos modalidades: (Cano & Cols. 2000).

1.- Timidez ligada al miedo a los demás (Fearful Shyness)

2.- Timidez relacionada con la autoobservación (Self – conscious shyness)

Esta clasificación propone que la timidez ligada al miedo a los demás, surge en el primer año de vida y se manifiesta como ansiedad en presencia de

personas extrañas, debido a inseguridad. Se reporta un alto grado de activación autonómica que se caracteriza por marcada inhibición comportamental y preocupación excesiva por el miedo de ser evaluado negativamente por otros. En contraste, la timidez por auto observación surge entre los 4 y 5 años de vida, cuando el niño es capaz de identificarse como un sujeto social expuesto a la evaluación crítica de los demás, se caracteriza por:

- a) Baja activación fisiológica
 - b) Elevado índice de cognición de evaluación negativa y
 - c) Menor inhibición comportamental que la que ocurre en la otra modalidad de timidez
- Cano & cols. (2000). Estos autores definen la timidez como rasgo de personalidad que percibe las amenazas interpersonales con un elevado grado de activación fisiológica y retoman el concepto de Eysenck (1944), quien define la timidez como una dimensión de la personalidad que agrupa sujetos:

- Tranquilos
- Reservados
- Introspectivos
- Retraídos
- Distantes con los demás
- Cautelosos
- Con un elevado control emocional.

Popularmente el término es claro pero en el ámbito científico el concepto timidez es un concepto ambiguo y poco diferenciado de otros tales como:

- Miedo
- Inseguridad

- Baja autoestima
- Dificultad para relacionarse con los demás
- Retraimiento
- Susplicacia
- Cautela
- Tensión
- Activación.

Cano, V. & cols. (2000) y otros autores se preguntan si la timidez es:

- Rasgo de personalidad
- Sinónimo de introversión
- Reacción o estado emocional
- Sinónimo de ansiedad social.

De acuerdo con Feldman (2003), la investigación referente a la relación entre timidez y la Fobia Social es muy limitada, aunque hay un cierto número de similitudes entre los dos casos, particularmente en las reacciones de activación fisiológica y los miedos a la evaluación negativa que se presentan en diversas situaciones sociales.

Crozier y Alden (2001) argumentan que el problema de la timidez no es un problema esencialmente personal sino un problema social. Refieren que ciertas clases de valores sociales y culturales llevan a la gente a tener una impresión de ellos mismos dentro de un predicamento egocéntrico de timidez. Destacan estos autores que en América, la timidez se relaciona directamente con las normas culturales que sobrevaloran la competencia, la ejecución personal y la responsabilidad personal por las fallas, señalando la diferencia en el

significado de la timidez entre las culturas colectivistas orientales y las individualistas occidentales.

La diferencia entre la Timidez y el Síndrome de Ansiedad Social, parece estar dada por el grado de severidad, así como algunas otras diferencias que son señaladas en la siguiente tabla.

TABLA 1. COMPARACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA TIMIDEZ Y LA ANSIEDAD SOCIAL.	
Timidez	Fobia social
ψ Tiende a ser transitoria	ψ Tiende a ser crónico, persistente y debilitante
ψ Produce mínima evitación y disfuncionalidad.	ψ Trastorno de evitación

2.5 FOBIA SOCIAL, ANSIEDAD SOCIAL O TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACIÓN.

En la actualidad se mantienen vigentes dos áreas de debate en torno a la fobia social (Bobes y cols.2001). La primera se refiere a la propuesta de diversos investigadores, de modificar el nombre de la fobia social y utilizar en cambio el de ansiedad social, el fundamento de esta propuesta es que:

“Expresa mejor la magnitud y el impacto del trastorno, rompe con la concepción antigua de banalidad que está asociada a «fobia social», y facilita el diagnóstico diferencial con la fobia simple” (Bobes & Col. 2001).

La segunda se centra en la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial entre la fobia o ansiedad social y el trastorno de personalidad por evitación. En este sentido, se plantea la posibilidad de eliminar del eje II, el trastorno de personalidad por evitación, considerando que tal trastorno solo corresponde a una forma extrema y generalizada de fobia social o ansiedad social por lo cual

no hay razón por la que se deba mantener como diagnóstico independiente en el eje II y sí como parte de la ansiedad social en el eje I.

Bobes y Col. (2001), identifican tres tipos de criterios en los que se apoyan los expertos para apoyar el cambio anteriormente señalado. Dichos criterios son: epidemiológico, terapéutico e histórico y se muestran en la siguiente tabla.

TABLA 2. CRITERIOS PARA LA PROPUESTA DE ELIMINACIÓN DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACIÓN DEL EJE II.		
Criterio epidemiológico	Criterio terapéutico	Criterio histórico
Basándose en los estudios epidemiológicos y en la realidad clínica, el grupo de expertos resalta la escasa prevalencia en el ámbito clínico del trastorno de la personalidad por evitación como una entidad diagnóstica única, sin comorbilidad con el trastorno de ansiedad social.	El DSM-IV define a los trastornos de la personalidad como patrones permanentes, estables y de larga duración. Según esta concepción, si un trastorno de la personalidad abandonara su carácter de permanente y estable, debiera abandonar el eje II y pasar al eje I. En el caso del trastorno de la personalidad por evitación, la realidad clínica y los estudios recientes han puesto de manifiesto la respuesta terapéutica del trastorno de la personalidad por evitación a los tratamientos que resultan eficaces en el trastorno de ansiedad social, poniendo en duda el aspecto permanente y estable de dicho trastorno.	En la historia reciente de la nosografía psiquiátrica existe precedente de paso de algunos Trastornos de la personalidad del eje II al eje I. Así, la personalidad enérgica de los epilépticos, la personalidad depresiva, y la personalidad esquizotípica en la actualidad han pasado a formar parte del eje I englobados en los trastornos orgánicos, los trastornos del humor, y los trastornos esquizofrénicos respectivamente. Tomado de: (Bobes & Cols. 2001)

En el siguiente recuadro, se presentan los criterios actuales según el DSM IV para diferenciar entre fobia social o trastorno de ansiedad social y trastorno de personalidad por evitación.

TABLA 3
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM – IV PARA FOBIA SOCIAL Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACIÓN.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DSM - IV
ANSIEDAD SOCIAL	<p>1. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.</p> <p>2. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.</p> <p>3. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.</p> <p>4. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.</p> <p>5. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la (s) situación (es) social (es) o actuación (es) en público temida (s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.</p> <p>6. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo seis meses.</p>
TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACIÓN.	<p>Patrón general de inhibición social, sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos como lo indican cuatro (o más) de los siguientes items:</p> <p>1.- Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.</p> <p>2.- Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.</p> <p>3.- Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.</p> <p>4.- Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.</p> <p>5.- Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.</p> <p>6.- Se ve a sí mismo como inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.</p> <p>7.- Es extraordinariamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.</p> <p>Adaptado de; (Botella, Baños & Perpiñá 2003)</p>

2.6 MODELOS EXPLICATIVOS DE LA FOBIA SOCIAL

1.- MODELO BIOLÓGICO

Desde el punto de vista biológico, se han desarrollado diversas teorías que ofrecen una explicación de la fobia social fundamentada en procesos fisiológicos, los avances mas recientes al respecto, están centrados en las siguientes áreas:

- ψ Genética
- ψ Sistemas de neurotransmisión
- ψ Neuroimagen funcional
- ψ Circuitos neuronales implicados

En relación con las bases genéticas, se ha visto que el ser familiar directo de una persona con diagnóstico de fobia social triplica el riesgo de presentarla comparado con muestras sin antecedentes. Asimismo se advierte que los hombres tienen una mayor influencia de los factores genéticos a diferencia de las mujeres en quienes influyen mayormente los factores ambientales (Cervera & col. 2003).

En un estudio donde se evaluó a los hijos de pacientes diagnosticados con fobia social de acuerdo con el DSM – III, se reporta que 23% de ellos presentaba el mismo diagnóstico y que 30% presentó niveles excesivamente altos de ansiedad lo cual es significativamente superior al 13.3% que se reporta como prevalencia en la población general, este dato parece apoyar la hipótesis de la influencia genética en la fobia social.

Otro argumento genético que los investigadores involucran con la ansiedad y el miedo, está fundamentado en el trabajo del genetista Gleb Shumyatsky de la Universidad de Rutgers, quien realizó el descubrimiento de un gen que se denomina Estatmina u Oncoproteína 18, que presenta altas concentraciones en la amígdala y se relaciona con el miedo y la ansiedad. Este elemento controla tanto las formas innatas como las adquiridas del miedo. Los investigadores han podido correlacionar cambios en la expresión de Estatmina con cambios en la intensidad de las respuestas a corto y largo plazo de los impulsos nerviosos y del miedo Shumyatsky (2005)

SISTEMAS DE NEUROTRANSMISIÓN

Otra perspectiva del modelo biológico es la participación en la fobia social, de los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y noradrenérgico. Cervera y cols. (2003) afirma que el sistema dopaminérgico se considera el principal sistema de neurotransmisión involucrado en la etiopatogenia de la fobia social, se plantea como hipótesis que la etiología está relacionada con una disminución de la dopamina. Al respecto las investigaciones aún no son concluyentes, si bien algunos trabajos evidencian los efectos positivos que ejercen los medicamentos que incrementan la transmisión dopaminérgica, otros estudios encuentran resultados negativos en la asociación entre genes de los receptores dopaminérgicos (D2,D3, y D4) y el gen del transportador de dopamina con la fobia social. Esto último en una muestra de 17 familias de pacientes fóbicos sociales.

En virtud de que al sistema dopaminérgico, se le atribuye ser el principal sistema de neurotransmisión en la etiopatogenia de la fobia social, aunque

existen datos no concluyentes al respecto, se establece la hipótesis de que en la fobia social existe una alteración específica de los circuitos estriatales que son mediados por la dopamina (Mathew, et al. 2001; Stein & cols., 2002)

Se hipotetiza que pudiera haber una alteración específica en los circuitos estriados, mediados por la dopamina. Esto explicaría la mayor eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en la fobia social, comparada con sustancias placebo.

En cuanto al sistema serotoninérgico, se reporta que ante la estimulación con sustancias serotoninérgicas como la fenfluramina se produce un aumento mayor en los pacientes con fobia social que en controles sanos, lo cual sugiere que los fóbicos sociales presentan una mayor sensibilidad de los receptores de serotonina.

En el caso de la estimulación con m-clorofenilpiperacina, se producen cambios parecidos a la producción de prolactina y son similares los cambios entre los controles sanos y los fóbicos sociales.

Finalmente en este aspecto se señala que los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina como fluoxetina, paroxetina, sertralina y citalopram tienen mayor eficacia que el placebo y por ello se consideran el tratamiento farmacológico de primera elección para los pacientes con fobia social (Furmark y cols. 2002).

En relación con el sistema sistema gabaérgico de neurotransmisión, se considera que es una de las posibles vías de disminución de la ansiedad como lo que ocurre tras consumir alcohol o benzodiazepinas. Se establece una posible relación entre la densidad de los receptores periféricos de

benzodiazepinas con los trastornos de ansiedad en general y con la fobia social en particular (Johnson y cols. 1998).

Por una parte, se ha encontrado que sustancias como el gabapentino y la pregabalina que actúan sobre los receptores del GABA, son más eficaces que el placebo en la fobia social y por otra parte, está comprobado que si se administra flumazenilo que es una sustancia antagonista del receptor benzodiazepínico a pacientes con fobia social, se produce un incremento de los síntomas de ansiedad social (Otto, Pollack & Gould et al., 2000).

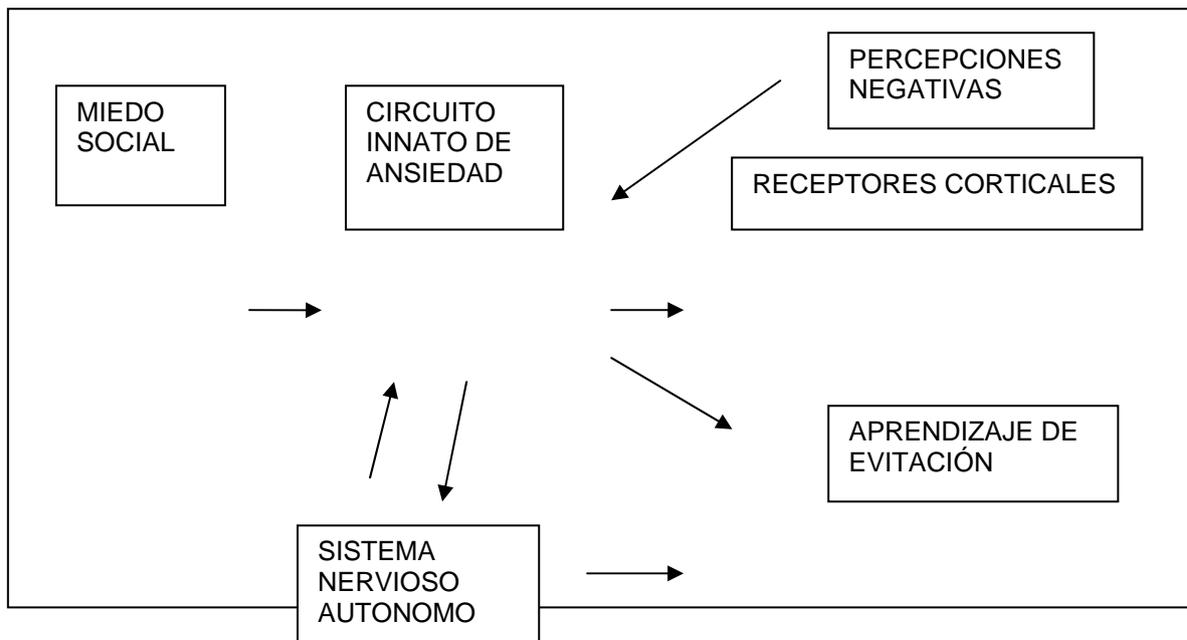
BASES NEUROANATOMICAS

Diversos investigadores coinciden en implicar a la amígdala y a la corteza prefrontal en la fobia social, particularmente se ha estudiado el papel que juega la amígdala en la ansiedad social. Se ha demostrado a través de estudios de Neuroimagen que la activación amigdalara ante situaciones que producen temor, y el papel en la interpretación de expresiones faciales de miedo y ambiguas. El núcleo amigdalino tiene entre sus funciones detectar y coordinar la evitación de un posible daño. Es posible que exista un circuito para el miedo, integrado principalmente por la amígdala, que se active en los trastornos de ansiedad en general y que los circuitos estriados mediados por la dopamina, sean los que participen de manera más específica y complementaria en la fobia social (Johnson y cols. 1998). Otra de las estructuras anatómicas cuya participación se investiga en relación con la fobia social, es la corteza prefrontal dorsolateral por su posible involucramiento en el proceso de la selección de la información. Estos datos se han obtenido por medio de estudios con tomografía por emisión

de positrones y resonancia magnética cerebral funcional (Malizia & cols. 1997; MacDonald & cols. 2000)

Finalmente, (Nutt et al, 1998) propone otro modelo denominado “circuito innato de ansiedad”, el cual se basa en un solo circuito neuronal. Aún cuando los autores reconocen que en la fobia social están implicadas diversas conexiones neuronales en las que participan diversos neurotransmisores, según el modelo del circuito innato de la ansiedad, el sujeto que presenta fobia social percibe las situaciones sociales como amenazadoras, ello activará dicho circuito y a este a su vez genera percepciones negativas y se mantiene activado gracias a ellas. El circuito activa el sistema nervioso autónomo y se eleva el valor del cortisol plasmático. Este nuevo cambio retroalimenta positivamente la activación del circuito innato de ansiedad, facilitándose de esta forma, el aprendizaje de conductas de evitación en el paciente (Nutt et al, 1998).

ESQUEMA 1: MODELO DEL CIRCUITO INNATO DE ANSIEDAD (TOMADO DE CERVERA & SCHLATTER 2003)



2.- MODELOS PSICOLÓGICOS

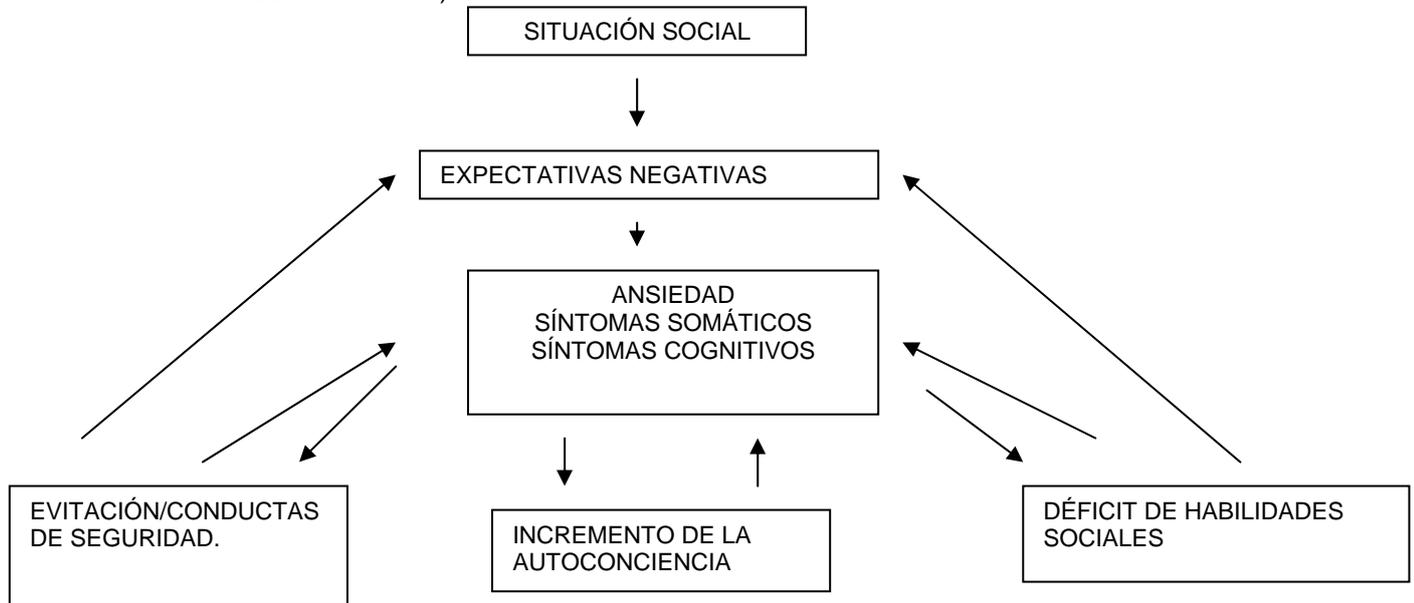
Cervera & Schlatter (2003) sintetizan algunos de los más importantes modelos psicológicos que explican la fobia social. Según las teorías del aprendizaje, la fobia social puede ser explicada tanto desde el condicionamiento clásico como desde el condicionamiento operante. Para el condicionamiento clásico se trata de un proceso en el que la relación interpersonal se vuelve un objeto fóbico que se asocia con una experiencia aversiva. Desde la perspectiva del condicionamiento operante, la evitación de situaciones sociales constituye un reforzamiento negativo. A partir de la teoría del aprendizaje social la fobia social se aprende en forma vicaria, al observar a unos padres que evitan situaciones sociales y se preocupan en forma exagerada por la evaluación de los demás.

MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

Desde la perspectiva cognitivo conductual, se proponen varios modelos explicativos del problema de la fobia social, en términos generales estos modelos coinciden en que las dificultades en habilidades sociales constituyen un factor situacional, que es modulado por la ansiedad condicionada o las cogniciones negativas que provoca el enfrentar determinadas situaciones, y no como un déficit que caracteriza a las personas que presentan fobia social. El modelo incluye otros elementos como: creencias generales, que pueden presentarse en forma de supuestos, asunciones o esquemas que operan en la visión de uno mismo por parte de los demás, la necesidad de causar buena impresión o la tendencia al perfeccionismo; las interpretaciones erróneas de los

síntomas fisiológicos, las ejecuciones negativas reales; el estado de ánimo disminuido y las posibles reacciones negativas por parte de los demás.

ESQUEMA 2: MODELO COGNITIVO – CONDUCTUAL DE LA FOBIA SOCIAL. (ADAPTADO DE FARRÉ Y SULLANA 2005).



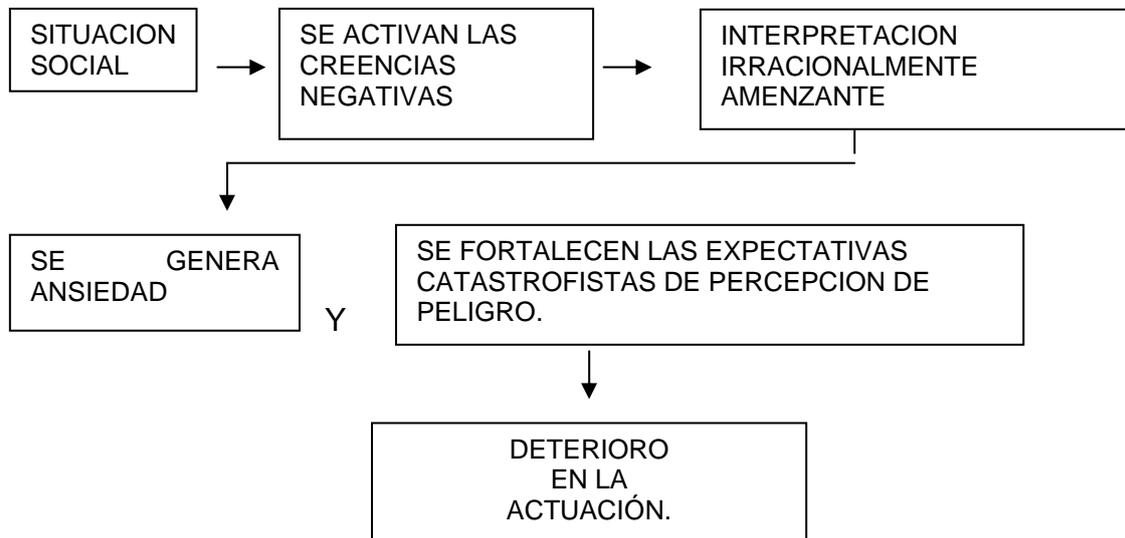
Desde el punto de vista etiológico Carretero y cols. (2001), caracteriza a los individuos que presentan fobia social como:

- a) Temperamentalmente tímidos e inhibidos.
- b) Entorno familiar potenciador de las características de timidez con altos estándares de exigencia.
- c) Antecedentes de experiencias traumáticas o de condiciones desfavorecedoras.
- d) Excesivamente autoconsciente, preocupado por la aprobación social externa y presión por la definición de un rol específico en el sistema.

Asimismo, afirma que las personas con fobia social debido a una disposición temperamental, historia familiar y /o circunstancias físicas, sociales o evolutivas

conflictivas; presentan una serie de creencias disfuncionales relacionadas con su desempeño en ciertas situaciones sociales. (Ver esquema 3)

ESQUEMA 3: PROCESO DE PRESENTACIÓN DE LA FOBIA SOCIAL (ADAPTADO DE CARRETERO & COLS. 2001).

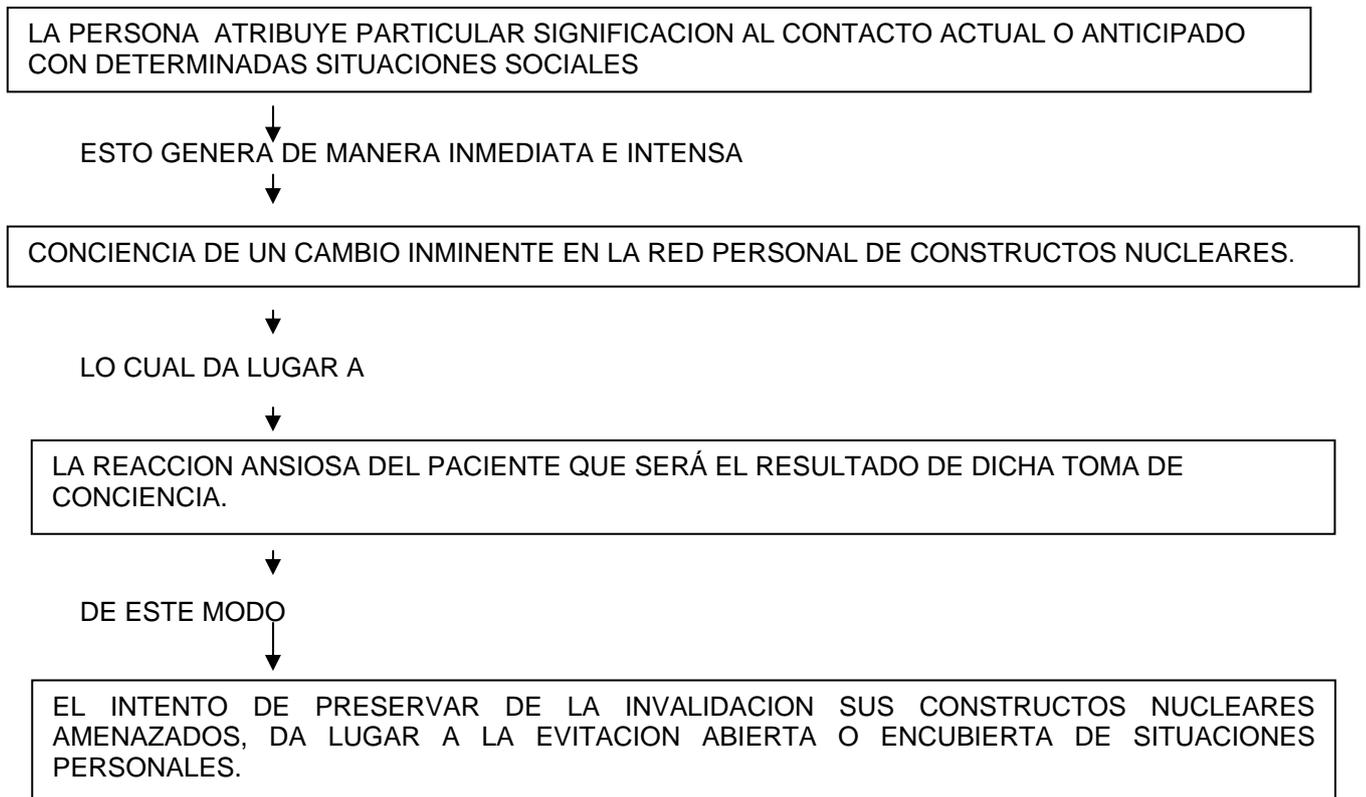


Luego entonces de acuerdo con la teoría cognitiva constructivista, el proceso tiene lugar con la siguiente secuencia:

- Hay un sesgo atencional sobre la propia sintomatología ansiosa en la interacción social.
- Realización de conductas abiertas o encubiertas de evitación.
- Deterioro objetivo de la actuación consecuente
- Sesgo memorístico hacia las situaciones negativas supuestamente ocurridas durante la actuación y cada nueva experiencia con situaciones ansiogénicas similares, es una nueva oportunidad para confirmar la problemática percibida.

Desde la perspectiva de la teoría de los constructos, la sintomatología fóbica se podría explicar en función del concepto de Amenaza de Kelly de 1955 (Carretero & Cols. 2001) como se aprecia en el siguiente esquema:

ESQUEMA 4: PROCESO DE LA FOBIA SOCIAL SE ACUERDO CON EL CONCEPTO DE AMENAZA DE KELLY (1955).



reacción internamente consistente y sabia que resulta de conferirle a la situación ansiogénica de manera inadvertida e involucrando probablemente constructos preverbales de carácter nuclear, un significado que le permite anticipar los resultados en tales circunstancias.

Como consecuencia de ello, cualquier modificación conlleva transformaciones dolorosas en el sistema personal de constructos.

El individuo asocia su sintomatología sin darse cuenta, con características definitorias en sus sistemas de construcción de la propia identidad (Carretero et al. 2001) por lo tanto, aun cuando deseara modificar sus síntomas como lo propondría la terapia cognitivo – conductual, el paciente desarrolla conductas opositoras a dicho cambio puesto que hacerlo invalida parte de su identidad personal. El paciente en lugar de interpretar su actuación como una situación irracional, la define como una “elección sabia” puesto que según Kelly, la elección de alternativas que realizamos los individuos está basada en los propios polos de constructos que son significativos y coherentes con nuestros propios constructos.

Otro modelo cognitivo de la fobia social es el que se denomina Modelo de las creencias disfuncionales. De acuerdo con este modelo, la fobia social se origina debido a la presencia de creencias disfuncionales que tienen algunas personas acerca de sí mismas y acerca de la forma en la que se deberían de comportar en situaciones sociales. De acuerdo con este modelo, el tratamiento cognitivo-conductual tiene como objetivos reducir la influencia del pensamiento disfuncional, incrementar la solución activa del problema y construir una perspectiva de afrontamiento funcional, apoyándose en experiencias conductuales de implicación emocional (Beck, 1985).

MODELO DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

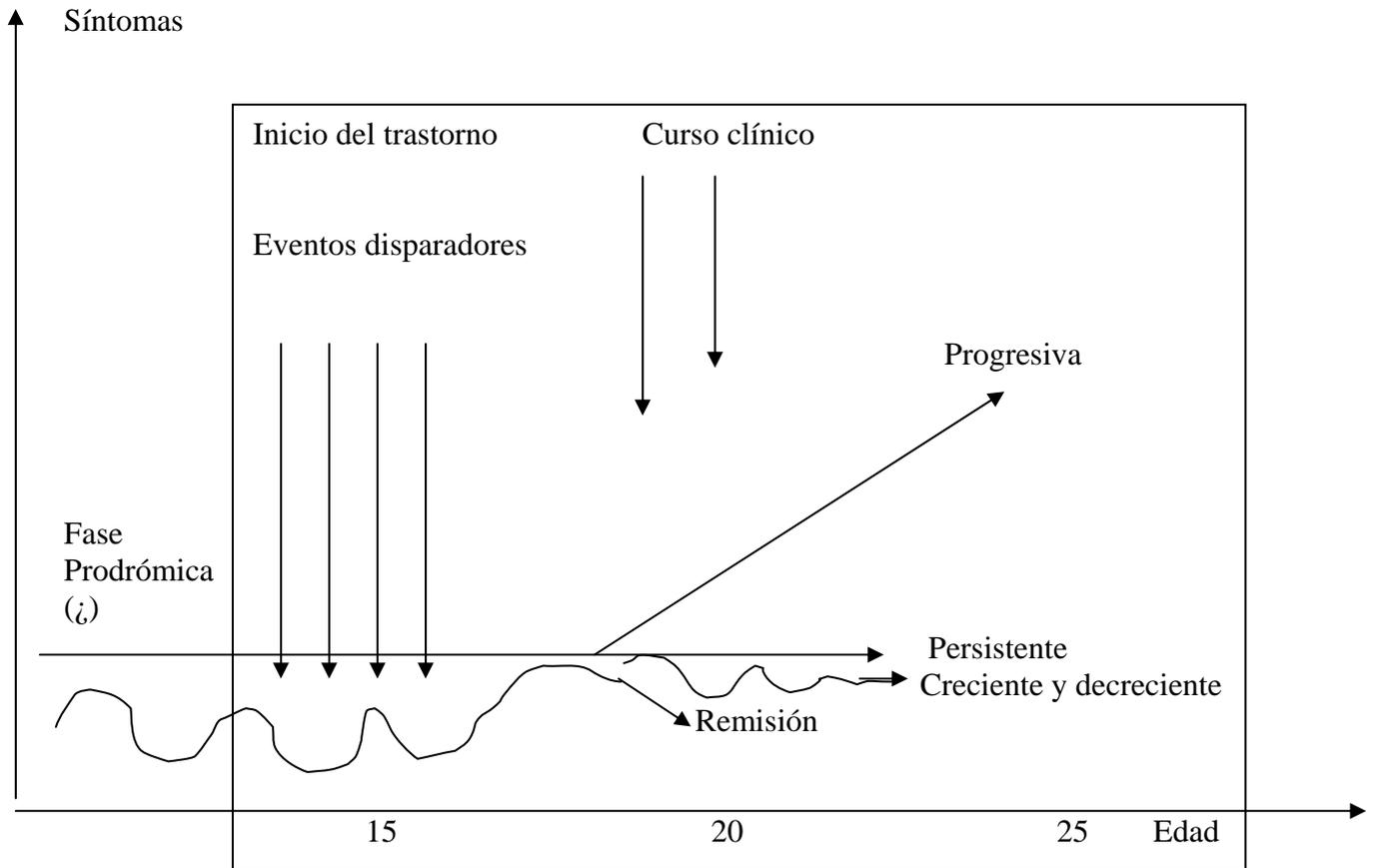
RAPEE Y HEIMBERG (1997).

Estos autores resaltan la importancia del procesamiento de la información a distintas escalas que realizan las personas con fobia social. Esto podría explicar el inicio y permanencia de la fobia social. Afirman que cuando los fóbicos sociales evalúan la situación social como peligrosa para ser evaluados negativamente por los demás, su atención se orienta hacia sí mismo y ello propicia un mayor grado de conciencia de las respuestas de ansiedad temidas y esto interfiere en el procesamiento de la información y del comportamiento. Así, el sujeto desarrollará “conductas de seguridad” que le impedirán cuestionar sus propias creencias falsas y en función de ellas puede adoptar las conductas temidas o sufrir las consecuencias como llamar la atención.

MODELO DESARROLLISTA

El modelo desarrollista del inicio y curso natural de la fobia social, plantea que ésta se inicia en la adolescencia temprana. Puede seguir alguno de tres posibles cursos: 1.- El empeoramiento progresivo o persistente desde los 19 años y por toda la vida, 2.- Un curso caracterizado por altibajos, es decir: aumento e incremento de los síntomas en el grupo de los adolescentes tardíos o 3.- Un curso persistente y estable que se presenta después de los 24 años con pocos pacientes que experimentan una remisión espontánea y estable.

ESQUEMA NO.5: DESARROLLO, INICIO Y CURSO NATURAL DE LA FOBIA SOCIAL.
(ADAPTADO DE WITTCHEN, 2003)



Vulnerabilidad y factores de riesgo:
Genético/familiares
Temperamento
Eventos disparadores

Desarrollo de complicaciones
Depresión, conductas suicidas
Automedicación (Abuso de sustancias)
Disminución de las habilidades sociales
Incremento de la disfunción social

2.7 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN UTILIZADOS PARA LA FOBIA SOCIAL.

A partir de la inclusión del diagnóstico de fobia social en los manuales internacionales de las enfermedades mentales, se han desarrollado diferentes instrumentos para la evaluación psicométrica de esta categoría diagnóstica.

En esta sección se presentan y describen brevemente los principales instrumentos que pueden subdividirse en tres tipos según González (2001)

1. Instrumentos de tamiz o screening.
2. Instrumentos de ayuda diagnóstica.
3. Escalas de gravedad de la sintomatología.

Entre los instrumentos de tamiz más conocidos se encuentran los siguientes:

INVENTARIO DE FOBIA SOCIAL (SPIN)

Este instrumento se desarrolló por Davidson y Col. (1991), está constituido por 17 situaciones problema que evalúan miedo, evitación y distrés psicológico, a las cuales el sujeto debe responder en una escala likert. (0= no le han molestado nada; 4= le han molestado en grado extremo). Es un instrumento de autorreporte cuyo fundamento se encuentra en el DSM –III.

Proporciona una puntuación total (igual a la suma de puntuaciones en cada uno de los 17 reactivos) que oscila entre 0 y 68. A mayor puntuación mayor distrés y mayor probabilidad de que el sujeto padezca un trastorno de ansiedad social.

Existe una versión abreviada, constituida tan sólo por los reactivos número 6, 9 y 15, que se conoce con el nombre de SPIN-3:

- 6: Por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente

- 9: Evito actividades en las que soy el centro de atención
- 15: Entre mis mayores miedos se encuentran hacer el ridículo o parecer estúpido
- Si la suma de las puntuaciones de estos 3 ítems es; 6 existe un 90% de probabilidades de que el individuo padezca fobia social / trastorno de ansiedad social.

CUESTIONARIO-CRIBADO DE ANSIEDAD SOCIAL (SAS-Q)

Este instrumento fue desarrollado por Lepine, Wittchen, & Essau (1993). Se basaron en los instrumentos que se utilizaron para los estudios epidemiológicos internacionales así como en los estudios de atención primaria realizados por la OMS.

Se trata de un formato de autorreporte que está constituido por 23 ítems dicotómicos que evalúan:

- Presencia de miedo intenso o nerviosismo en 9 situaciones sociales (Reactivos 1-9)
- Grado de evitación de las situaciones temidas
- Sintomatología neurovegetativa
- Impacto sociolaboral
- Grado de introspección y
- Tiempo de evolución del trastorno.

Los 9 primeros ítems son de tamiz del instrumento. Si el paciente contesta a todos en sentido negativo (es decir, no experimenta miedo o nerviosismo en ninguna de las 9 situaciones sociales), el paciente no sufre ansiedad social y la prueba se finaliza.

En lo que se refiere a instrumentos de ayuda diagnóstica específicos para fobia social, traducidos al español, validados y adaptados, no se encontró alguno. Los psiquiatras usan apartados de entrevistas de ayuda diagnóstica como SCAN, SCID – I, MINI.

ESCALAS DE GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA

Este tipo de instrumentos tienen como objetivo valorar la gravedad del cuadro clínico ya diagnosticado. En general, se trata de instrumentos más sencillos que los de ayuda diagnóstica, por lo que el tiempo de administración es menor.

ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL DE LIEBOWITZ (LSAS)

Desarrollada por Liebowitz (1987) para evaluar la gravedad de los síntomas de la fobia social. Consta de 24 reactivos que se refieren a 24 situaciones que se evalúan desde una doble vertiente:

- a. Miedo o ansiedad que experimenta el paciente en esas situaciones
- b. Grado de evitación de las mismas.

De los 24 reactivos, 13 incluyen situaciones de actuación como participar en pequeños grupos, escribir mientras le observan, etc. y 11 son sociales, conocer a gente nueva, ser el centro de atención, etc.

Los aspectos de miedo o ansiedad se puntúan mediante una escala Likert de intensidad que oscila entre 0 (nada de miedo o ansiedad) y 3 (mucho miedo o ansiedad), y el grado de evitación mediante una escala de frecuencia también entre 0 (nunca lo evito – 0% de las ocasiones) y 3 (habitualmente lo evito – 67-100% de las ocasiones).

Esta prueba se diseñó originalmente para ser heteroaplicada y su adaptación al español se realizó de esa forma, sin embargo en diversos estudios se ha usado de forma autoaplicada.

Se obtiene una puntuación total de gravedad y otras cuatro puntuaciones, una para cada subescala: Miedo o ansiedad, Grado de evitación, Ansiedad de actuación y Ansiedad social.

La puntuación total se obtiene sumando todos los reactivos. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 144 (a mayor puntuación mayor gravedad). La puntuación en cada subescala se obtiene sumando los items correspondientes a cada subescala. Estas puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 72

Los reactivos correspondientes a la subescala de ansiedad de actuación son los número 1-4, 6, 8, 9, 13,14, 16, 17, 20 y 21. El resto corresponden a la subescala de ansiedad social

Con base en la puntuación total, los autores recomiendan los siguientes puntos de corte:

- menor-igual de 51: ansiedad social leve
- 52-81: ansiedad social moderada
- mayor de 82: ansiedad social grave

ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL DE WATSON Y FRIEND (SADS)

Prueba elaborada por Watson y Friend (1969) para evaluar, desde un punto de vista subjetivo, el grado de ansiedad y evitación que experimentan los pacientes con fobia social

Es un instrumento autoaplicado que está compuesto por 28 reactivos que diferencian, aunque menos claramente que la escala de Liebowitz (LSAS), entre ansiedad de actuación y ansiedad social

Los reactivos están contruidos en forma de afirmaciones a las que los pacientes deben responder si es verdadero o falso.

Las respuestas señaladas verdadero valen 1 punto y las señaladas como falso 0 puntos en los reactivos 2, 5, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 18, 20, 21, 23, 24, y 26. En el resto de los reactivos la puntuación es al contrario, es decir, verdadero vale 0 y falso vale 1.

Proporciona una puntuación de gravedad total (de ansiedad y evitación) que se obtiene sumando todos los reactivos. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 28

No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación mayor gravedad

ESCALA BREVE DE FOBIA SOCIAL DE DUKE (BSPS)

Esta prueba fue desarrollada por Davidson y cols. (1991). Es una escala heteroaplicada.

Consta de 18 reactivos, que se agrupan en 2 secciones:

- 1.- evaluación del miedo y evitación en situaciones sociales
- 2.- evaluación de sintomatología neurovegetativa (enrojecimiento, palpitaciones, temblores y sudoración).

Para la evaluación del miedo y de los síntomas neurovegetativos el clínico cuenta con una escala Likert de 5 valores referidos a intensidad (0= nada; 4= extremo), mientras que para evaluar la evitación se vale de una escala Likert

también de 5 valores pero referidos a frecuencia (0= nunca, 0%; 4= siempre, 100%)

La BSPS proporciona una puntuación total de ansiedad social, así como una puntuación en cada una de las 3 subescalas: miedo, evitación y sintomatología neurovegetativa.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN COGNITIVA

Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE)

Esta escala se desarrolla por Watson y Friend en (1969). Evalúa un aspecto crítico de la ansiedad social como es el temor a ser evaluado negativamente por los demás.

Consta de 30 reactivos, que hacen referencia al temor a ser criticado o a recibir apreciaciones negativas por parte de los demás, que se responden mediante una escala dicotómica (verdadero - falso).

El punto de corte propuesto, para diferenciar población normal de pacientes con ansiedad social, es de 22-24. Se asume que a mayor puntuación mayor gravedad.

Todas estas escalas tienen diversas características psicométricas y varias de ellas están adaptadas al idioma español, han sido utilizadas en España y otros países de Latinoamérica sin embargo ninguna de ellas está validada y estandarizada en población mexicana.

CAPÍTULO 3: ESTANDARIZACIÓN.

3.1 LA EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA.

El proceso de evaluar individuos, familias, grupos o poblaciones en relación con alguna o algunas variables, es inherente a la competencia profesional del psicólogo. Para Nunally (1999), la medición implica básicamente un conjunto de reglas para asignar símbolos a objetos de manera que: a) representen cantidades o atributos de forma numérica de acuerdo con una escala de medición o b) identifiquen a los sujetos que pueden ser clasificados en una u otra categoría respecto de un atributo determinado. Significa entonces la probabilidad de ubicar al sujeto en algún punto de una escala y/o clasificarlo comparándolo con otros, ello permite una mejor comprensión del comportamiento humano, la cual es necesaria antes de realizar o plantear intervenciones en el aspecto evaluado.

Para llevar a cabo dicha evaluación, es prioritario que el psicólogo utilice instrumentos que cumplan con los criterios psicométricos de confiabilidad y validez que se consideran indispensables para interpretar con un nivel aceptable de seguridad, los datos obtenidos por la aplicación de tales instrumentos (Aiken, 1999).

En psicología clínica, la evaluación se define como “El proceso en el cual se recoge, de manera sistemática, información acerca de una persona en relación con el medio ambiente; de forma que puedan tomarse decisiones basadas en esta información, que van en el mejor interés del individuo” (Compas, 2003).

Dicho proceso se lleva a cabo a través de 6 pasos:

- 1.- Decidir qué está siendo evaluado
- 2.- Determinar las metas de la evaluación
- 3.- Seleccionar estándares para la toma de decisiones.
- 4.- Recabar los datos de evaluación.
- 5.- Tomar decisiones y emitir juicios.
- 6.- Comunicar la información.

Todos estos pasos implican la posibilidad de comparar al individuo con una muestra relevante de personas para lo que se requiere de estándares normativos, o bien comparar al individuo consigo mismo en otro espacio de tiempo, para lo cual se requiere compararlo con estándares autorreferidos. La evaluación entonces, deberá integrar un conocimiento del cliente y sus problemas en diferentes niveles que incluyen aspectos tanto de la persona como de su ambiente (Compas, 2003).

3.2 DOS CONCEPTOS BÁSICOS: FIABILIDAD Y VALIDEZ

Fiabilidad indica el grado de coherencia o estabilidad de los datos a través del tiempo, independientemente de cual es el procedimiento de evaluación que se utiliza, ya sea mediciones psicofisiológicas, entrevistas o cuestionarios; sus resultados solo son confiables si cumplen con la característica señalada de producir iguales resultados en repetidas aplicaciones.

Existen procedimientos para determinar la confiabilidad de un instrumento mediante un coeficiente, según Aron & Aron (2001), los más utilizados son:

- 1.- Medida de estabilidad (test – retest)
- 2.- Método de Formas alternativas o paralelas
- 3.- Método de mitades partidas

4.- Coeficiente alfa de Cronbach.

5.- Coeficiente KR – 20 de Kuder y Richardson

La validez de una medida se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir, aunque también se aplica el concepto a lo apropiado que resulta la conclusión de un estudio completo, en relación con los resultados obtenidos en el mismo (Aron & Aron 2001).

Existen diversos tipos de validez que son:

a) Validez de contenido: Con base en la opinión de expertos, el contenido de la prueba parece abarcar todo el espectro de lo que la prueba pretende medir.

b) Validez de criterio: Las puntuaciones de la prueba se correlacionan con algún otro indicador de lo que se supone mide la prueba.

c) Validez predictiva: La puntuación de la prueba predice valores en otra variable que debería ser predicha por la prueba, conforme a lo que pretende medir; es un tipo de validez de criterio.

d) Validez concurrente: La puntuación en la prueba se correlaciona con otra variable medida al mismo tiempo y que se sabe está relacionada con lo que la prueba pretende medir, es un tipo de validez de criterio (Aron & Aron 2001).

3.3 ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACION

Los instrumentos de evaluación en una investigación, a) pueden ser elegidos dentro de los que existen y adaptados a la población particular, o b) ser contruidos ex profeso con base en la técnica apropiada para ello, sin embargo en cualquiera de las opciones; es conveniente fortalecer la rigurosidad psicométrica del instrumento, estandarizándolo de tal forma que utilizarlo

permita comparar objetivamente a cada individuo con la población a la que pertenece, en relación con aspectos particulares de los que se ocupa el instrumento evaluador. Esto significa estar en posibilidades de elaborar normas de aplicación y calificación para una población específica, por lo que se requiere su aplicación a una muestra extensa de sujetos de dicha población.

La adaptación de instrumentos es obligada cuando la población en la que se va a usar difiere significativamente de la cultura original en la que se construyó la prueba.

Geisinger (1994) propone que se deben seguir nueve pasos para la adaptación de un instrumento:

1. Traducir y adaptar el instrumento
2. Revisar la versión traducida o adaptada del instrumento.
3. Adaptar la primera versión del instrumento sobre la base de los comentarios de revisores o expertos en el rasgo o constructo.
4. Someter el instrumento a pruebas piloto.
5. Hacer pruebas de campo con el instrumento.
6. Estandarizar las normas (siempre que sea posible, igualarlas con las de la versión original).
7. Realizar una investigación apropiada que lo valide.
8. Escribir un manual y los documentos necesarios para los usuarios del instrumento.
9. Entrenar a los usuarios.

Estandarizar un instrumento consiste en: Establecer la distribución de calificaciones brutas en el grupo de estandarización (grupo de norma)

Posteriormente, las calificaciones brutas obtenidas se convierten en calificaciones derivadas o Normas. Las normas establecen los equivalentes de edad, de grado, rangos percentilares y calificaciones estándar y por lo tanto, constituyen el marco de referencia para interpretar las calificaciones brutas, indican el desempeño de una persona en una prueba, comparada con la distribución de calificaciones que obtuvieron personas de la misma edad cronológica, grado, sexo u otras características demográficas pertinentes (Aiken, 2003).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Traducir, adaptar y determinar las normas (de aplicación, rasgos percentilares y calificaciones estandar) del instrumento denominado Social Phobia Diagnostic Questionnaire (SPDQ) obteniendo con ello un instrumento específicamente útil para la evaluación de tamiz de fobia social en la población de estudiantes mexicanos de nivel medio superior y superior.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Validar el instrumento
- b) Adaptar el instrumento
- c) Estandarizar el instrumento

JUSTIFICACIÓN

En la última década, la fobia social o síndrome de ansiedad social, ha recibido una mayor atención por parte de los especialistas, puesto que en términos generales existe la presunción de que los individuos que presentan fobia social, muestran un mayor grado de deterioro en su calidad de vida y en el funcionamiento emocional (Dell ' Osso et al. 2002, Kessler 2003, Feldman et al. 2003)

La ansiedad social ha incrementado en las últimas cuatro décadas sus índices de prevalencia, lo cuál a pesar de las variaciones culturales, es de gran importancia dados los datos que diversos autores han subrayado en torno a los efectos en la calidad de vida de los individuos que presentan fobia social (ansiedad social), hay consenso en cuanto a que estas personas son disfuncionales en un amplio rango de dominios de funcionamiento personal y por ello un déficit en su calidad de vida (Kessler, op cit).

Dell ' Osso et al. (2002) plantean una prevalencia diferenciada entre hombres y mujeres, señalando que es mayor el índice de prevalencia femenino que masculino. Reportan que en el estudio Nacional de Comorbilidad, en Estados Unidos, se obtuvo el 15.5% para las mujeres y el 11.1 % para los hombres.

A pesar del deterioro que ocasiona el Síndrome de Ansiedad Social, existen dos problemas importantes en el tema: 1.- Los profesionales de la salud mental, tienen dificultades para identificar tempranamente a los pacientes que cursan con fobia social y 2.- Los pacientes se manifiestan vacilantes o indecisos para buscar tratamiento.

Feldman (2003), afirma que se han propuesto varias hipótesis para explicar porqué el Síndrome de Ansiedad Social es frecuentemente ignorado. Parece que ni para el público ni para los profesionales en el cuidado de la salud, existe clara conciencia de la naturaleza psicopatológica del Síndrome de Ansiedad Social y de sus necesidades de tratamiento. Los individuos pueden atribuir sus síntomas a una incipiente y benigna timidez o simplemente considerarlos como rasgos de personalidad. Además del hecho de que la mayoría de las personas experimenta algún grado de ansiedad ante situaciones o ejecuciones sociales, por lo que, tanto los profesionales como el público tienden a minimizar la condición.

Según (Feldman 2003) los médicos del nivel primario de atención, son más proclives a diagnosticar depresión o trastornos de pánico y dado que ellos son el primer contacto de los pacientes y quienes los refieren a los especialistas del área de salud mental, los pacientes con Síndrome de ansiedad Social son poco identificados, diagnosticados y atendidos.

La fobia social exige un costo financiero considerable para la sociedad, ya que está asociada con circunstancias como baja productividad, frecuente utilización de los servicios de salud. Tiene implicaciones como los costos directos e indirectos de la depresión (Feldman 2003), refieren que la fobia social o Síndrome de Ansiedad Social tiene una duración promedio de 20 años y que es poco probable que remita espontáneamente.

Otro aspecto señalado por Feldman (2003), reporta que comparados con la población general, los individuos que presentan síndrome de ansiedad social,

se gradúan con menor frecuencia y que un 10% de ellos, tienen frecuentemente desempleo y la discapacidad para percibir bienestar.

Kessler (2003) señala que la fobia social impacta de manera directa e indirecta sobre el funcionamiento global del individuo. Los efectos directos se refieren a los déficits que involucran las interacciones sociales y errores de procesamiento de información en estas interacciones. Los efectos indirectos son aún más importantes y se clasifican como desórdenes psicológicos o mentales y físicos. Entre los efectos psicológicos mayormente reportados, se encuentran la depresión y el abuso de sustancias. Entre los efectos físicos destacan los de tipo cardiovascular.

Este mismo autor (Kessler 2003), describe un trabajo que la Organización Mundial de la Salud, llevó a cabo para identificar la proporción de todos los trastornos por uso de sustancias en la población general que podrían ser prevenidos a través del tratamiento temprano de la fobia social, de este trabajo se deriva la estimación de que los efectos sobre la dependencia fueron mas largos que sobre el abuso, lo cual es una muestra de que la fobia social está mas relacionada con la transición del abuso a la dependencia que con la transición del uso al abuso, y mas intensamente relacionada con el abuso que con el inicio del uso.

Coincidiendo con los datos de (Kessler op. cit.); Carretero y cols. (2001) sugiere que característicamente la fobia social antecede a la presentación de otros trastornos psicológicos como:

1. Otros trastornos de ansiedad.
2. Depresión mayor.

3. Trastorno de ansiedad por evitación.
4. Alcoholismo o abuso de sustancias.
5. Trastorno obsesivo-compulsivo.

También considera que la fobia social es un importante factor de riesgo para diversas situaciones como la severidad que pueden alcanzar estos otros desórdenes secundarios. Asimismo identifican una relación entre la fobia social y el inicio del consumo de alcohol u otras drogas, particularmente para la transición del uso al abuso entre los usuarios de drogas.

En relación con el párrafo anterior, Van Ameringen y Cols. (2003) presentan evidencia epidemiológica de que los trastornos de ansiedad en general y en particular la fobia social, propician un riesgo mayor de abandonar prematuramente la escuela. Reportan los datos de un estudio con 201 pacientes que cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM – IV, para un diagnóstico de Trastornos de ansiedad. Los sujetos respondieron el School Leaving Questionnaire, y les fueron tomadas mediciones de ansiedad, depresión y ajuste social. Los resultados señalan que alrededor del 49% reportaron haber abandonado prematuramente la escuela y 24% de ellos indicaron que la ansiedad fue la primera razón para esta decisión. Los pacientes que dejaron la escuela prematuramente, coincidían mayormente con el diagnóstico de fobia social generalizada, y refirieron una historia de abuso de alcohol.

Van Ameringen y Cols. (2003) encontraron que muchos de los estudiantes evitan la educación preparatoria para eliminar su necesidad de hacer frente a demandas asociadas a la comunicación. No solo es la aprehensión

comunicativa una importante variable para abandonar la escuela, también es un factor determinante para aquellos que se gradúan de high school continúen o no, la educación posterior. Es importante mencionar que los estudiantes con aprehensión comunicativa, son más propensos a ser diagnosticados con base en los criterios del DSM-IV para fobia social del subtipo no generalizado.

Asimismo para Van Ameringen y Cols. (2003) los pacientes que presentan síndrome de ansiedad social, comparados con la población general:

1. Se gradúan con menor frecuencia .
2. Un 10% de ellos, tienen mayor índice de desempleo y mayor discapacidad para percibir bienestar.
3. Reportan insatisfacción en sus relaciones interpersonales.
4. Frecuentes conflictos maritales.
5. Grandes dificultades para lograr casarse.
6. En términos del funcionamiento sexual, los individuos que cursan con Síndrome de Ansiedad Social, comparados con los sujetos controles normales presentan notables dificultades para las interacciones sexuales y un amplio número de disfunciones sexuales.

1. En términos generales estos individuos presentan un mayor grado de deterioro en su calidad de vida y en el funcionamiento emocional (Feldman y cols. 2003).

Kessler (2003) muestra claramente que la fobia social está asociada consistentemente con un amplio rango de autorreportes de roles deficitarios que incluyen:

- a. Baja productividad en el trabajo
- b. Funcionamiento deficitario en relaciones sociales y románticas
- c. Dependencia financiera y pobre calidad de vida.

En virtud de que en México no contamos con un instrumento que cumpla con los requerimientos de confiabilidad y validez para hacer diagnóstico diferencial en la población estudiantil que presenta fobia social, se considera pertinente la presente aportación; ya que dicha población se vería beneficiada con programas de detección oportuna e intervención que favorezca su ajuste social, y cualquier intervención tendría como punto de partida la evaluación.

METODO

Diseño Experimental

Se aplicó un diseño ex post facto con dos muestras, en las cuales existe una condición previa que se pretende conocer y tipificar. Una primera muestra para el estudio piloto (en adelante llamada muestra piloto) y otra para el estudio normativo a la cuál se denomina muestra normativa.

Sujetos

Con base en los criterios estadísticos internacionales para la elaboración o validación de instrumentos, que señalan como requisito al menos cinco sujetos por reactivo (Anastasi, 1981).

Participaron estudiantes de nivel medio superior del Instituto Politécnico Nacional, de uno y otro sexo, que consintieron informadamente colaborar en el estudio.

Estudiantes de primer año de licenciatura de diferentes carreras e instituciones educativas, de uno y otro sexo, que consintieron informadamente participar en la investigación.

Tipo de Muestra

Intencionada por cuota (excede la norma de 5 sujetos por reactivo).

Muestra de 237 estudiantes para el estudio piloto.

Muestra de 1940 estudiantes para el estudio normativo.

Criterios de inclusión: Que acepten contestar el cuestionario habiéndoles informado los objetivos del mismo.

Criterios de exclusión: Que rechacen su participación o que habiendo aceptado contesten el instrumento en forma incompleta o inadecuada.

Recursos Materiales:

Espacios para estar cómodamente sentados durante la aplicación de la prueba. Condiciones adecuadas de iluminación, ventilación y ruido.

Cuestionarios.

Plumas.

Recursos Humanos:

Se capacitó a dos estudiantes voluntarios del 8º semestre de la Licenciatura en Psicología para realizar la aplicación del instrumento en cada una de las escuelas participantes, dos por cada escuela participante. Se realizaron dos sesiones para dar a conocer el instrumento, explicar los objetivos de la investigación y el procedimiento de aplicación que se tendría que llevar a cabo.

Lugar:

Escuelas participantes en sus respectivas Instalaciones.

Instrumento:

Se trata del cuestionario diagnóstico para fobia social, (SPDQ) elaborado con base en los criterios del DSM-IV por Newman y Col. (2003), para evaluar fobia social. El SPDQ incluye:

A: preguntas que pueden ser respondidas con SI O NO, respecto de las siguientes áreas:

- 1.- Miedo excesivo en situaciones sociales
- 2.- Miedo excesivo a ser observado
- 3.- Miedo excesivo a ser evaluado
- 4.- miedo o preocupación por avergonzarse de sí mismo o ser visto críticamente por otros

B: Cuestionamientos en torno a si el individuo trata de evitar situaciones sociales o no.

C: Una lista de 16 situaciones para las cuales el miedo y la evitación son evaluadas a través de una escala Likert de 0 a 4 en la que:

0 = sin miedo/ sin evitación y 4= miedo muy severo o evitación constante.

D: Preguntas que evalúan las reacciones del sujeto en situaciones sociales que se responderán nuevamente como SI O NO, son:

¿Tan pronto como la persona se encuentra en situaciones sociales temidas aparece el miedo? Y

¿Cada vez que se encuentra en situaciones sociales temidas aparece el miedo?

E: Se pregunta si la persona ve su miedo como irracional o no.

F: Una escala Likert de 4 puntos, que mide el nivel de severidad y el grado de incapacidad para el funcionamiento global del individuo que es activado por los miedos sociales.

Calificación:

EL SPDQ fue calificado usando el procedimiento establecido por los autores en la versión original del instrumento que consiste en una suma total de respuestas obtenida con los siguientes elementos de codificación:

Para los reactivos: 1, 2, 3, 20, 21, 22.

a) Todas las respuestas SI, fueron codificadas como 1.

b) Todas las respuestas NO, fueron codificadas como 0.

Para los reactivos 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19.

c) Se dividieron los puntajes brutos entre 4.

Para los reactivos de distrés e interferencia 23 y 24.

d) Se dividió el puntaje bruto entre dos.

La puntuación total se obtiene sumando todos los puntajes y se encuentra en un rango de 0 a 27.

PROPIEDADES PSICOMETRICAS DEL INSTRUMENTO ORIGINAL.

De acuerdo con los estudios realizados por los autores para el análisis psicométrico del instrumento, existe evidencia preliminar acerca de que las propiedades psicométricas del cuestionario SPDQ lo habilitan como una medición confiable para identificar a los participantes socialmente fóbicos.

Los autores reportan que los resultados del Alfa de Cronbach muestran que el SPDQ tiene alta consistencia interna (N = 462). Alfa = 0.92 (Newman y col. 2003).

Procedimiento

Para la obtención de la normalización de la prueba SPDQE, se realizaron las siguientes acciones:

Una vez seleccionado el instrumento con el que se trabajó, éste fue traducido del inglés al español y adaptado al lenguaje cotidiano de nuestra cultura, respetando los lineamientos internacionales establecidos para traducir y adaptar instrumentos psicológicos (Hambleton, 1995)

Al concluir la traducción y adaptación, se solicitó a un profesor bilingüe revisar la traducción del instrumento y señalar en su caso si alguno de los reactivos en español, desvirtuaba el significado de la pregunta del cuestionario original. Cabe mencionar que la persona que realizó esta tarea, tiene como lengua materna el inglés, lleva varios años de hablar español y de ser profesor del

doctorado en educación de la Universidad de las Américas, Campus Distrito Federal.

Posteriormente, el cuestionario se les presentó a un grupo de 6 psicólogos profesores de psicología del área clínica, y se les solicitó realizar el papel de jueces en relación con la determinación de si las preguntas del cuestionario en español, conservaron o no, el sentido original del concepto que se pretende medir. Por unanimidad, se acordó que el instrumento en español, conserva los elementos conceptuales del cuestionario original en el idioma inglés.

Con el cuestionario en su primera versión traducida al español, se solicitó la autorización pertinente para aplicar el cuestionario a una primera muestra que es la denominada muestra piloto.

Se aplicó el instrumento a la muestra piloto que estuvo integrada por 300 sujetos, de los cuales 254 aceptaron responder el cuestionario, pero 17 fueron eliminados del proceso en virtud de que a pesar de la instrucción, respondieron el cuestionario de manera incompleta, por lo tanto queda una muestra válida de 237 sujetos. Los sujetos del estudio piloto fueron estudiantes del primer año de educación superior y media superior. Este estudio piloto se realizó con la finalidad de verificar que los reactivos eran adecuadamente comprendidos por los sujetos y que los reactivos tenían capacidad discriminativa entre caso y no caso.

Habiendo aplicado los cuestionarios, estos fueron calificados y analizados por medio del programa SPSS, versión 13 para Windows.

Posteriormente, se seleccionó la muestra normativa realizando la aplicación del cuestionario SPDQE a 2000 personas, de las cuales se obtuvieron 1940 cuestionarios válidos.

Estos 1940 cuestionarios fueron analizados por medio del programa SPSS para Windows, versión 13. Se obtuvo la determinación de la confiabilidad por consistencia interna (alfa de Cronbach).

Finalmente se procedió a Elaboración de las tablas normativas tanto para los estudiantes como para el público en general.

No se realizó el análisis factorial por rotación varimax, debido a la estructura del instrumento que contiene tres formas distintas de puntuación.

RESULTADOS

ESTUDIO PILOTO

En la primera fase de la investigación se realizó el pilotaje del cuestionario SPDQE aplicándolo a una muestra de 254 estudiantes de nivel superior y medio superior, les se excluyó a 17 estudiantes por haber dejado alguno de los reactivos sin responder, en tal virtud, el número de sujetos válido fue de 237.

Al terminar la aplicación, se procedió a analizar lo datos con el programa SPSS para Windows, versión 13. De este análisis se obtienen los siguientes resultados:

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA PILOTO

TABLA 4. ESCUELA DE PROCEDENCIA DE LA MUESTRA PILOTO.		
ESCUELA DE PROCEDENCIA	NUMERO DE SUJETOS	PORCENTAJE
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD	142	59.9
UNIVERSIDAD DEL PEDREGAL	16	6.8
CECYT 11 WILFRIDO MASSIEU	05	2.1
ESCUELA SUPERIOR DE INGENIERIA MECANICA Y ELECTRICA UNIDAD AZCAPOTZALCO	25	10.5
UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA PLANTEL XOCHIMILCO	49	20.7
TOTAL	237	100.0

Esta tabla señala las escuelas que participaron en la investigación piloto y la proporción de alumnos que de cada una de ellas aceptó contestar el cuestionario.

TABLA 5. EDAD DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA PILOTO		
RANGOS DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 - 25	232	97.8%
26 - 37	5	2.1%
TOTAL	237	99.9%

Como puede apreciarse en el cuadro número 5, el rango de edad de los participantes se encontró entre los 15 y los 37 años, aunque los casos de las edades extremas son mínimos, el rango mayoritario de edad se encuentra entre los 18 y los 25 años.

TABLA 6. CARRERA QUE ESTUDIAN LOS SUJETOS DE LA MUESTRA PILOTO.		
CARRERA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OPTOMETRIA-CICS	33	13.9
PSICOLOGIA-CICS	108	45.6
PSICOLOGIA UPED	16	6.8
INGENIERIA ESIME	25	10.5
VOCACIONAL 11	05	2.1
ADMINISTRACION	50	21.1
TOTAL	237	100.0

En esta tabla se aprecia la distribución de estudiantes evaluados por escuela.

TABLA 7. MEDIA, DESVIACIÓN ESTANDAR, PERCENTILES 20 Y 80 MÍNIMOS Y MÁXIMOS DE PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA ESCALA TOTAL.	
NÚMERO DE SUJETOS	237
PROMEDIO	3.4
DESVIACIÓN ESTANDAR	4.39
MINIMO	.00
MAXIMO	27.00
PERCENTIL 20	.000
PERCENTIL 80	6.00

En esta fase de aplicación, los puntajes mínimos fueron de cero y los máximos de 27, el percentil 20 se ubica en una puntuación total de cero mientras que el percentil 80 corresponde a una puntuación de 6 en la escala total.

TABLA 8. FRECUENCIAS DE PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA ESCALA TOTAL.				
PUNTUACIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
.00	64	25.2	27.0	27.0
1.00	42	16.5	17.7	44.7
2.00	28	11.0	11.8	56.5
3.00	22	8.7	9.3	65.8
4.00	16	6.3	6.8	72.6
5.00	9	3.5	3.8	76.4
6.00	16	6.3	6.8	83.1
7.00	7	2.8	3.0	86.1
8.00	7	2.8	3.0	89.0
9.00	2	.8	.8	89.9
10.00	6	2.4	2.5	92.4
11.00	6	2.4	2.5	94.9
12.00	1	.4	.4	95.4
13.00	3	1.2	1.3	96.6
14.00	2	.8	.8	97.5
16.00	1	.4	.4	97.9
18.00	1	.4	.4	98.3
19.00	1	.4	.4	98.7
22.00	1	.4	.4	99.2
23.00	1	.4	.4	99.6
27.00	1	.4	.4	100.0
TOTAL	273	93.3	100.0	27.0

La tabla 8 muestra los puntajes naturales obtenidos por los sujetos en la escala total, considerando el método de calificación que los autores utilizaron para el instrumento original. Se obtiene que 40 de los estudiantes alcanzan una puntuación igual o mayor a 6, por lo que puede afirmarse que un 22.3 % de los sujetos evaluados cumplen con los criterios para ser considerados como fóbicos sociales.

TABLA No. 9				
PRUEBA T DE MUESTRAS INDEPENDIENTES				
REACTIVO	VARIANZA	T	GRADOS DE LIBERTAD	SIG.
SER EVALUADO	Varianza igual asumida	-14.428	118	.000
	Varianza igual no asumida	-13.448	55.000	.000
PREOCUPACIÓN	Varianza igual asumida	-10.643	118	.000
	Varianza igual no asumida	-9.950	55.000	.000
EVITAR	Varianza igual asumida	-6.145	118	.000
	Varianza igual no asumida	-5.745	55.000	.000
MIEDOFIESTAS	Varianza igual asumida	-2.998	118	.003
	Varianza igual no asumida	-2803	55.000	.007
MIEDOREUNION	Varianza igual asumida	-1.887	118	.062
	Varianza igual no asumida	-1.764	55.000	.083
MIEDOCENTRO	Varianza igual asumida	-3.699	118	.000
	Varianza igual no asumida	-3.456	55.000	.001
MIEDOCITAS	Varianza igual asumida	-4.362	118	.000
	Varianza igual no asumida	-4.078	55.000	.000
MIEDOAUTORIDAD	Varianza igual asumida	-4.798	118	.000
	Varianza igual no asumida	-4.486	55.000	.000
MIEDOHABLAR	Varianza igual asumida	-4.362	118	.000
	Varianza igual no asumida	-4.078	55.000	.000
MIEDODECIRNO	Varianza igual asumida	-2.200	118	.030
	Varianza igual no asumida	-2.057	55.000	.044
MIEDOPRIMERACITA	Varianza igual asumida	-4.143	118	.000
	Varianza igual no asumida	-3.873	55.000	.000
MIEDOPEDIR	Varianza igual asumida	-3.239	118	.002
	Varianza igual no asumida	-3.028	55.000	.004
MIEDOSERPRESENTADO	Varianza igual asumida	-4.362	118	.000
	Varianza igual no asumida	-4.078	55.000	.000
MIEDOINICIAR	Varianza igual asumida	-3.471	118	.001
	Varianza igual no asumida	-3.245	55.000	.002
MIEDOMANTENER	Varianza igual asumida	-3.239	118	.002
	Varianza igual no asumida	-3.028	55.000	.004

MIEDODISCURSO	Varianza igual asumida	-11.526	118	.000
	Varianza igual no asumida	-10.775	55.000	.000
MIEDOJUZGUEN	Varianza igual asumida	-5.913	118	.000
	Varianza igual no asumida	-5.528	55.000	.000
MIEDO OBSERVADO	Varianza igual asumida	-5.238	118	.000
	Varianza igual no asumida	-4.896	55.000	.000
MIEDO BURLEN	Varianza igual asumida	-8.521	118	.000
	Varianza igual no asumida	-7.966	55.000	.000
MIEDO SOCTEMIDAS	Varianza igual asumida	-18.126	118	.000
	Varianza igual no asumida	-16.948	55.000	.000
TANPRONTO	Varianza igual asumida	-12.543	118	.000
	Varianza igual no asumida	-11.726	55.000	.000
MIEDO IRRACIONAL	Varianza igual asumida	-3.699	118	.000
	Varianza igual no asumida	-3.458	55.000	.001
GRADO MIEDO	Varianza igual asumida	-11.043	118	.000
	Varianza igual no asumida	-10.324	55.000	.000
MIEDO ESTRESANTE	Varianza igual asumida	-10.471	118	.000
	Varianza igual no asumida	-9.789	55.000	.000
LOGROS	Varianza igual asumida	-8.257	118	.000
	Varianza igual no asumida	-7.719	55.000	.000

TABLA 10. CONSISTENCIA INTERNA POR ALFA DE CRONBACH MUESTRA PILOTO				
	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE	ALFA DE CRONBACH	NUM. DE REACTIVOS
VALIDOS	237	93.3 %	.888	25
EXCLUIDOS	17	6.7%		
TOTAL	254	100.00%		

La tabla No. 10 señala que la consistencia interna es de .888 por alfa de Cronbach, lo cual indica que el instrumento es confiable y por lo tanto útil para la identificación de individuos con fobia social.

ESTUDIO NORMATIVO.

Después de haber analizado los datos del estudio piloto, se aplicó el cuestionario a 1940 estudiantes de vocacional y primer semestre de licenciatura, considerando que al ser todos de primer ingreso a su institución, los grupos están formados al azar. Los resultados de esta denominada muestra normativa son los siguientes:

DATOS SOCIODEMODRAFICOS DE LA MUESTRA NORMATIVA.

TABLA 11. EDAD DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA NORMATIVA		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13	3	.2
14	274	14.1
15	864	44.6
16	117	6.0
17	154	7.9
18	222	11.4
19	130	6.7
20	69	3.6
21	41	2.1
22	23	1.2
23	9	.5
24	9	.5
25	8	.4
26	2	.1
27	3	.2
28	4	.2
29	2	.1
31	2	.1
36	1	.1
47	1	.1
48	1	.1
TOTAL	3	100.0

La tabla 11 indica que la muestra normativa estuvo integrada por estudiantes en un rango mayoritario de edad entre 14 y 22 años. Dado que la institución educativa permite la inscripción de nuevo ingreso sin limitar la edad, algunos

estudiantes salen del rango esperado para la investigación, sin embargo una amplia mayoría se encuentra en el rango ya especificado.

TABLA 12. DISTRIBUCIÓN POR SEXO MUESTRA NORMATIVA		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	1298	66.9
FEMENINO	642	33.1
TOTAL	1940	100.0

En cuanto a la distribución por sexo, se tiene que el 66.9% fueron varones y el 33.1% fueron mujeres.

TABLA 13. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL MUESTRA NORMATIVA		
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	1923	99.1
CASADO	16	.8
UNION LIBRE	1	.1

El 99.1 % de los sujetos son solteros, siendo .8 % casados y .1% viven en unión libre.

TABLA 14. DISTRIBUCIÓN POR ESCUELA DE PROCEDENCIA MUESTRA NORMATIVA		
ESCUELA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD SANTO TOMAS DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL	0334	17.3
CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS NO. 11 DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL	1309	67.6
ESCUELA SUPERIOR DE CIENCIAS FÍSICO MATEMÁTICAS. INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL.	0233	12.0
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES UNAM	0064	03.1
TOTAL	1940	100.0

Se solicitó autorización para aplicar el cuestionario en grupos de nuevo ingreso de las escuelas mencionadas en la tabla, ello dio por resultado que en cada escuela hubiera diferente número de ingresos en el semestre agosto – diciembre 2005, y con tales números se trabajó.

TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN LA CARRERA QUE ESTUDIAN LOS SUJETOS DE LA MUESTRA NORMATIVA.		
CARRERAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OPTOMETRÍA	0134	6.9
PSICOLOGÍA	0119	6.1
VOCACIONAL DE CIENCIAS FÍSICO MATEMÁTICAS	1308	0.1
ODONTOLOGÍA	0082	67.6
INGENIERÍA MATEMÁTICA	0151	4.2
COMUNICACIÓN	0064	7.8
FISICO MATEMÁTICO	0082	3.1
OMITIERON EL DATO	0004	0.2
TOTAL	1936	100%

Los sujetos mayoritariamente fueron estudiantes de vocacional en el área de físico matemáticas, en segundo lugar se encuentran los de optometría, seguidos por los de ingeniería matemática y en cuarto lugar los estudiantes de psicología.

TABLA 16. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL GRADO QUE ESTUDIAN LOS SUJETOS DE LA MUESTRA NORMATIVA.		
NIVEL ACADÉMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BACHILLERATO O VOCACIONAL	1309	67.6%
PRIMER AÑO DE LICENCIATURA	627	32.4%
OMITIERON EL DATO	4	0.2%
TOTAL	1940	100.00%

Como puede apreciarse en la tabla 19, el 67.6% de los estudiantes de la muestra normativa pertenecen al nivel medio superior y el 32.4% al nivel superior.

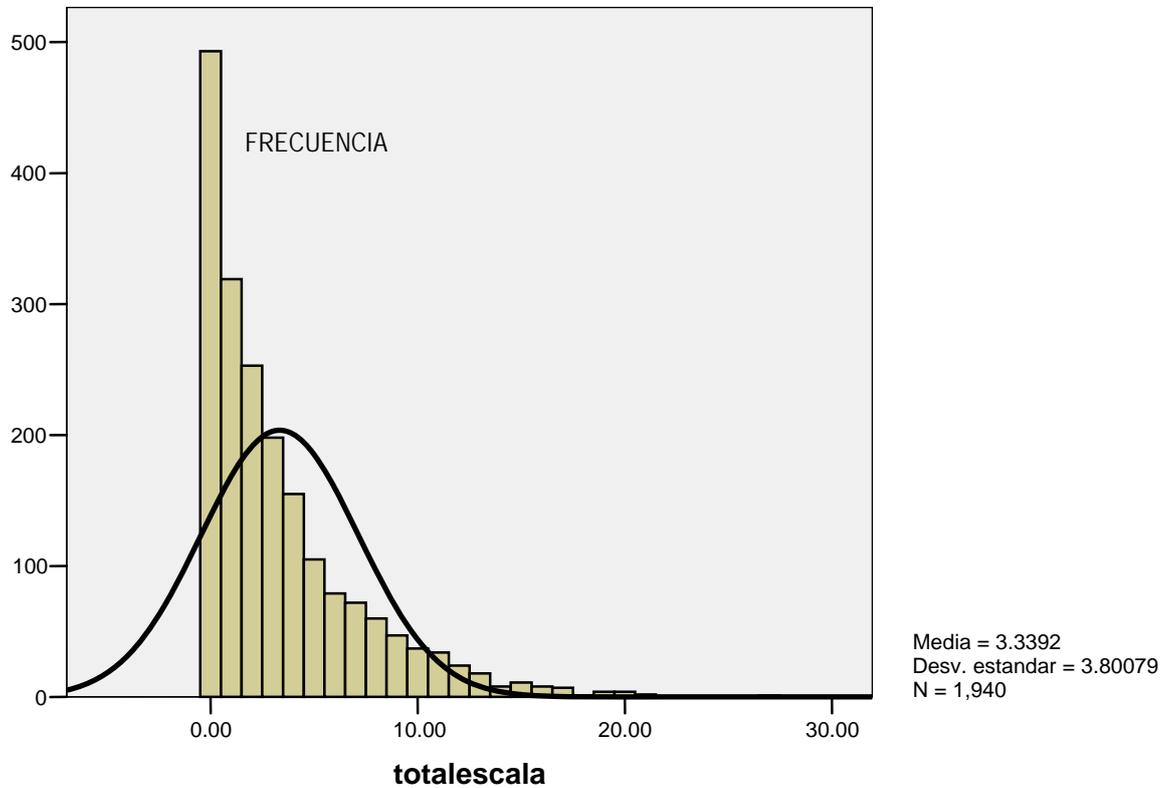
RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN LA MUESTRA NORMATIVA

TABLA 17.
FRECUENCIAS TOTALES DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA COMPLETA.

PUNTAJES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
.00	493	25.4	25.4
1.00	319	16.4	41.9
2.00	253	13.0	54.9
3.00	198	10.2	65.1
4.00	155	8.0	73.1
5.00	105	5.4	78.5
6.00	79	4.1	82.6
7.00	72	3.7	86.3
8.00	60	3.1	89.4
9.00	47	2.4	91.8
10.00	37	1.9	93.7
11.00	34	1.8	95.5
12.00	24	1.2	96.7
13.00	18	.9	97.6
14.00	8	.4	98.0
15.00	11	.6	98.6
16.00	8	.4	99.0
17.00	7	.4	99.4
18.00	1	.1	99.4
19.00	4	.2	99.6
20.00	4	.2	99.8
21.00	2	.1	99.9
27.00	1	.1	100.0
Total	1940	100.0	

Los puntajes naturales obtenidos por los sujetos de la muestra se calificaron con base en los lineamientos establecidos por los autores del instrumento original y en este caso se encuentra que 417 sujetos que corresponden al 21.4% de la muestra evaluada, presentan una puntuación igual o mayor a 6, lo cual significa que presentan fobia social.

Histograma



GRÁFICA 1: CURVA NORMAL DE LA FOBIA SOCIAL EN LA MUESTRA NORMATIVA.

Como muestra la gráfica, la campana de Gauss de la fobia social no constituye una curva normal, la mayoría de la población evaluada tiene una adecuada competencia social y es una minoría la que se identifica como fóbica social.

TABLA 18. CONSISTENCIA INTERNA POR ALPHA DE CRONBACH MUESTRA NORMATIVA.	
Numero de casos	1940
Alfa de Cronbach	.850
Alfa de Cronbach con reactivos estandarizados	.856
Número de reactivos	025

Los resultados obtenidos señalan un índice confiabilidad de .85 por medio del Alfa de Cronbach, con ello se puede afirmar que el cuestionario SPDQE tiene la confiabilidad necesaria para ser considerado un instrumento adecuado para distinguir entre fóbicos sociales y no fóbicos sociales en muestras mexicanas de adolescentes y adultos jóvenes del nivel educativo medio superior y superior.

TABLA 19.
CONSISTENCIA INTERNA REACTIVO POR REACTIVO

REACTIVOS	MEDIA ESCALAR SI SE BORRA UN REACTIVO	VARIANZA ESCALAR CON UN REACTIVO ELIMINADO	CORRELACIÓN ENTRE REACTIVOS	ALPHA DE CRONBACH
SEREVALUADO	2.99	12.671	.456	.843
PREOCUPACION	3.01	12.861	.404	.845
EVITAR	3.24	13.635	.328	.846
MIEDO FIESTAS	3.33	14.328	.130	.850
MIEDO REUNION	3.33	14.314	.164	.850
MIEDO CENTRO	3.28	13.647	.422	.844
MIEDO CITAS	3.29	13.820	.370	.846
MIEDO AUTORIDAD	3.27	13.618	.413	.844
MIEDO HABLAR	3.28	13.710	.397	.845
MIEDO DECIR NO	3.30	14.001	.290	.848
MPRIMERACITA	3.25	13.466	.436	.843
MIEDO PEDIR	3.31	14.028	.284	.848
MIEDO SER PRESENTADO	3.31	13.970	.342	.847
MIEDO INICIAR	3.30	13.905	.367	.846
MIEDO MANTENER	3.32	14.123	.292	.848
MIEDODISCURSO	3.11	12.784	.495	.840
MIEDO JUZGUEN	3.22	13.203	.490	.841
MIEDO SER OBSERVADO	3.25	13.336	.498	.841
MIEDO SE BURLEN	3.15	12.808	.525	.839
MIEDO SOCIALES TEMIDAS	2.95	12.652	.448	.843
TAN PRONTO	3.07	12.760	.471	.842
MIEDO IRRACIONAL	3.27	13.544	.433	.844
GRADO MIEDO	3.06	12.185	.566	.837
MIEDO ESTRESANTE	3.04	12.289	.518	.840
LOGROS	3.21	13.266	.440	.843

Como se muestra en la tabla No. 19, los valores de Alfa de Cronbach para los reactivos individuales, señala que todos ellos son confiables.

TABLA 20
NORMAS PERCENTILARES OBTENIDAS DE LA MUESTRA NORMATIVA

Puntuación obtenida	Frecuencia de puntuaciones	Frecuencia acumulada	Frecuencia acumulada entre 2	Valor de X entre número de sujetos	Valor de X multiplicado por 100.
.00	493	493	652.5	0.3978	39.78
1.00	319	812	938.5	0.4837	48.37
2.00	253	1065	1164	0.6000	60.00
3.00	198	1263	1371.5	0.7069	70.69
4.00	155	1418	1470.5	0.7579	75.79
5.00	105	1523	1562.5	0.8054	80.64
6.00	79	1602	1638	0.8443	84.43
7.00	72	1674	1704	0.8783	87.83
8.00	60	1734	1757.5	0.9059	90.59
9.00	47	1781	1799.5	0.9275	92.75
10.00	37	1818	1835	0.9458	94.58
11.00	34	1852	1864	0.9608	96.08
12.00	24	1876	1885	0.9716	97.16
13.00	18	1894	1898	0.9783	97.83
14.00	8	1902	1907.5	0.9832	98.32
15.00	11	1913	1917	0.9881	98.81
16.00	8	1921	1924.5	0.9920	99.20
17.00	7	1928	1928.5	0.9940	99.40
18.00	1	1929	1931	0.9953	99.53
19.00	4	1933	1935	0.9974	99.74
20.00	4	1937	1938	0.9989	99.89
21.00	2	1939	1939	0.9994	99.94
22.00	0	1939	1939	0.9994	99.94
23.00	0	1939	1939	0.9994	99.94
24.00	0	1939	1939	0.9994	99.94
25.00	0	1939	1939	0.9994	99.94
26.00	0	1939	1939	0.9994	99.94
27.00	1	1940	1939.5	0.9997	99.97
total	1940				

TABLA 21. NORMAS PERCENTILARES PARA LA CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO SPDQE PARA DIAGNOSTICO DE FOBIA SOCIAL, EN POBLACIÓN MEXICANA ADOLESCENTE.	
PUNTUACION NATURAL	CLASIFICACIÓN NORMATIVA
0 - 2	NO FOBIA
3 - 5	DIFICULTADES SOCIALES MODERADAS
6 - 27	FOBIA SOCIAL

DISTRIBUCIÓN POR ESCUELA, SEXO Y CARRERA DE LOS ESTUDIANTES IDENTIFICADOS COMO FÓBICOS SOCIALES.

Con base en los datos normativos, la fobia social se identificó en 417 estudiantes que de acuerdo con la calificación de la escala SPDQE se distribuyen de manera diversa y en diferentes porcentajes en cada una de las escuelas y carreras que participaron en la investigación. En los siguientes cuadros se reportan los datos comparativos:

TABLA 22. TOTAL DE ESTUDIANTES IDENTIFICADOS CON FOBIA SOCIAL		
NUMERO TOTAL DE SUJETOS	NUMERO DE ESTUDIANTES IDENTIFICADOS CON FOBIA SOCIAL	PORCENTAJE
1940	417	21.49%

De los 1940 sujetos que integraron la muestra normativa, 417 califican como fóbicos sociales, lo cual equivale a una prevalencia de 21.49%.

TABLA 23. DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS ESTUDIANTES CON FOBIA SOCIAL.		
NUMERO DE SUJETOS CON FOBIA SOCIAL	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO
417	261	156

De los 417 casos de fobia social identificados en la muestra normativa, 261 corresponden al sexo masculino y 156 al sexo femenino. Comparando estos datos con el total de participantes de sexo masculino y el total de participantes del sexo femenino, la prevalencia para uno y otro sexo es:

Sexo masculino: 20.1%	-	Sexo femenino: 24.2%.
-----------------------	---	--------------------------

TABLA 24. DISTRIBUCIÓN POR ESCUELA DE LOS SUJETOS IDENTIFICADOS CON FOBIA SOCIAL.			
ESCUELA	NUM. DE SUJETOS CON FOBIA SOCIAL	PORCENTAJES	NUM. PARTICIPANTES POR ESCUELA
CICS-UST	065	19.46%	0334
ESFM	080	34.33%	0233
FAC. CIENCIAS POLÍTICAS	004	06.66%	0060
VOCACIONAL 11	268	20.47%	1309

Los porcentajes de fóbicos sociales identificados en cada una de las escuelas, fueron obtenidos en función del número de participantes en cada una de ellas.

TABLA 25. DISTRIBUCIÓN POR CARRERA DE LOS SUJETOS IDENTIFICADOS COMO FÓBICOS SOCIALES EN EL CICS -UST.			
NUMERO DE SUJETOS CON FOBIA SOCIAL	NUMERO DE PARTICIPANTES DEL CICS UST	NUMERO DE SUJETOS FÓBICOS DEL CICS UST	PORCENTAJE
417	352	65	15%

Del total de los 417 sujetos identificados como fóbicos sociales en la muestra normativa, 65 pertenecen al Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Santo Tomás. En los siguientes cuadros se muestra la distribución por carrera y posteriormente por género.

TABLA 26. DISTRIBUCIÓN DE FÓBICOS SOCIALES EN LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DEL CICS UST.			
NUMERO DE SUJETOS CON FOBIA SOCIAL DE LA MUESTRA NORMATIVA	NUMERO DE PARTICIPANTES DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA DEL CICS - UST	NUMERO DE SUJETOS FÓBICOS DE LA ESCUELA DE ODONTOLOGIA CICS UST	PORCENTAJE
417	32	18	4.3%

En la carrera de odontología del CICS – UST, se identificaron 18 sujetos como fóbicos sociales.

TABLA 27. DISTRIBUCIÓN DE FÓBICOS SOCIALES EN LA CARRERA DE OPTOMETRÍA DEL CICS – UST.			
NUMERO DE SUJETOS CON FOBIA SOCIAL DE LA MUESTRA NORMATIVA	NUMERO DE PARTICIPANTES DE LA CARRERA DE OPTOMETRIA DEL CICS - UST	NUMERO DE SUJETOS FÓBICOS DE LA ESCUELA DE OPTOMETRIA CICS UST	PORCENTAJE
417	134	25	6.0%

La frecuencia de la fobia social en el caso de la carrera de optometría del CICS – UST, fue de 25 sujetos.

TABLA 28. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE FOBICOS SOCIALES EN LA CARRERA DE PSICOLOGÍA DEL CICS – UST.		
NUMERO DE SUJETOS IDENTIFICADOS COMO FOBICOS SOCIALES.	NUMEROS DE SUJETOS DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA QUE PRESENTAN FOBIA SOCIAL.	PORCENTAJE
417	22	5.3%

En la carrera de psicología del CICS-UST, se presentó un total de 22 casos de fobia social.

TABLA 29. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS CASOS DE FOBIA SOCIAL EN LAS DIFERENTES CARRERAS DEL CICS - UST.				
CARRERA	FOBICOS SOCIALES DE SEXO M	FOBICOS SOCIALES DE SEXO F	NUM. S M 1	NUM. S F 2
ODONTOLOGIA	04 = 19,4%	21= 21%	21	100
OPTOMETRIA	04 = 11.76%	14 = 10.4%	34	100
PSICOLOGIA	05 = 16.12%	17 = 19.5%	31	087
TOTAL	47,28%	40.54%	86	198

Los porcentajes están obtenidos considerando el número de hombres y mujeres participantes en cada carrera del CICS – UST.

1: NUMERO DE SUJETOS MASCULINOS
FEMENINOS

2: NUMERO DE SUJETOS

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

El diagnóstico de fobia social ha obtenido una amplia notoriedad a partir de su inclusión en los manuales internacionales para diagnóstico de las enfermedades mentales. La literatura especializada en el tema alerta acerca de dos problemas importantes como son el subreconocimiento y como consecuencia el bajo nivel de tratamiento una vez reconocido el problema. En la década de los noventa se han realizado diversos estudios que muestran una influencia negativa del problema en la calidad de vida y una alta comorbilidad con otras condiciones que son ampliamente reconocidas como problemas sociales graves, entre ellas las adicciones y la depresión.

El presente trabajo sugiere que en la muestra estudiada, la versión mexicana del Cuestionario de diagnóstico para fobia social, presentó resultados equivalentes a los obtenidos en la versión original diseñada por Newman y cols. (2003) en cuanto a las propiedades de consistencia interna estimada a través del Alfa de Cronbach. ($N = 462$). Alfa = 0.89. En tanto que la versión mexicana donde $N = 1940$, obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.85. En ambos casos, los reactivos incluidos para la calificación fueron 25, siguiendo los procedimientos de calificación que utilizaron los autores para la versión original. Considerando los resultados de este trabajo, se puede establecer que se lograron tanto el objetivo general como los objetivos específicos. La normalización del instrumento denominado Cuestionario de diagnóstico para fobia social (SPDQE), es satisfactoria y que la versión mexicana del instrumento presenta una adecuada confiabilidad para ser utilizada en

muestras mexicanas de adolescentes y adultos jóvenes de nivel educativo medio superior y superior.

Respecto de la incidencia y prevalencia de la fobia social en la muestra mexicana se detectó una diferencia significativa entre los estudios internacionales que señalan una prevalencia según el DSM-IVTR de entre 7 y 13.3%, (Furmark, 2002; Witchen, 2000 & Stein, 2002) mientras que los resultados de la muestra mexicana identifica un 21.49% de fóbicos sociales.

En relación con las diferencias de género se encontró que en la muestra mexicana se confirma la tendencia que señala la literatura internacional especializada que define una mayor prevalencia del diagnóstico de fobia social en las mujeres, aunque no en la misma proporción. Mientras que en este trabajo de investigación los hombres presentaron fobia social en un 20.1% (261 casos), y entre el sexo femenino el total de sujetos con fobia social fue de 24.2% (156 casos).

En cuanto a las diferencias entre los estudiantes que puntuaron como fóbicos sociales respecto de las distintas áreas que estudian, se observa que es entre los estudiantes de la Escuela Superior de Físico Matemáticas del IPN donde se presentaron los índices de prevalencia mas altos, comparando los datos en forma proporcional con el número de estudiantes participantes de cada escuela, lo cual plantea otras interrogantes en torno a diversos aspectos relacionados con la elección de carrera, con las características del desempeño académico y profesional diferencial entre estos estudiantes de las distintas carreras, suficientemente interesantes como para continuar con la investigación del tema en un tiempo futuro.

Finalmente, es pertinente señalar que aún cuando los resultados de este trabajo señalan que la normalización del instrumento es satisfactoria, que los datos psicométricos obtenidos permiten aseverar que la versión mexicana del instrumento presenta una adecuada confiabilidad para ser aplicada en muestras mexicanas de adolescentes y adultos jóvenes de nivel educativo medio superior y superior; la confiabilidad del instrumento no garantiza la validez del mismo, por lo tanto este estudio se considera como parte de un proceso mas amplio de trabajos que se requieren para identificar la validez de constructo y el grado de sensibilidad y de estabilidad temporal de los resultados. Asimismo, se considera necesario ampliar las mediciones en diferentes tipos de poblaciones, con otros rangos de edad, de escolaridad, de lugar de nacimiento y residencia, para poder con ello completar el proceso de estandarización. Ello sería motivo de un siguiente proyecto de investigación, cuyos propósitos tendrían que ir más allá de los planteados para el trabajo actual.

ANEXOS

ANEXO 1: VERSION FINAL DEL CUESTIONARIO SPDQ, TRADUCIDO Y ADAPTADO AL ESPAÑOL

CUESTIONARIO PARA DIAGNÓSTICO DE FOBIA SOCIAL. (SPDQE)

EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO _____ CIVIL: _____
 ESCUELA: _____

CARRERA: _____ GRADO ESCOLAR QUE CURSA: _____ LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS: _____

1.- En situaciones sociales donde es posible que seas observado o evaluado por otras personas, ¿ te sientes excesivamente nervioso, temeroso o incómodo?
 SI _____ NO _____

2.- ¿Tiendes a preocuparte demasiado por actuar de una manera embarazosa o humillante para ti enfrente de otras personas o porque otras personas no opinen bien de ti?.SI _____ NO _____

3.- ¿Tratas de evitar situaciones sociales?. SI _____ NO _____

Adelante hay una lista de situaciones que provocan miedo en algunas personas. Marca para cada una de las siguientes situaciones, tu nivel de miedo o temor y el grado de evitación con base en las siguientes escalas:

0=	NINGUN TEMOR
1=	POCO TEMOR
2=	TEMOR MODERADO
3=	MUCHO TEMOR
4=	DEMASIADO TEMOR

0=	NUNCA LO EVITO
1=	RARAMENTE LO EVITO
2=	ALGUNAS VECES LO EVITO
3=	FRECUENTEMENTE LO EVITO
4=	SIEMPRE LO EVITO

	SITUACIONES	M	I	E	D	O	E	V	I	T	A	C	I	O	N	
4.	Fiestas.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5.	Encontrarse con alguien conocido.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6.	Ser el centro de atención.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7.	Tener citas para salir con alguien.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8.	Reuniones con personas de autoridad.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9.	Hablar con personas de autoridad.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10.	Decir "NO" a peticiones poco razonables.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11.	Una primera cita.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12.	Pedir a otros que hagan algo en forma diferente.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
13.	Ser presentado.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
14.	Iniciar una conversación.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15.	Mantener una conversación.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16.	Dar un discurso.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17.	Que otros te juzguen.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
18.	Ser observados por otros.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
19.	Que se burlen de ti.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

20.- ¿Tiendes a experimentar miedo cada vez que te encuentras en situaciones sociales temidas?

SI_____ NO_____

21.- ¿El miedo llega tan pronto como te encuentras en situaciones sociales temidas? SI_____ NO_____

22.- ¿Dirías que tu miedo social es excesivo o irracional?
SI_____ NO_____

23.- Encierra en un círculo el grado en el que tu miedo social interfiere con tu vida, trabajo, actividades sociales, familia etc. 0 1 2 3 4
No interfiere Ligeramente Moderadamente Severamente Muy severamente/ incapacita

24.- ¿Qué tan estresante encuentras tu miedo social? Encierra en un círculo la opción correspondiente:
0 1 2 3 4
No estresante Ligeramente Moderadamente Severamente Muy severamente

25.- ¿Tus logros laborales o escolares se han visto afectados negativamente por tu miedo social?
SI_____ NO_____

REFERENCIAS

- Aiken, L. R. (1999). *Tests Psicológicos y Evaluación*. México:Prentice Hall.
- Aiken, L. R. (2003) *Tests Psicológicos y Evaluación*. México:Prentice Hall.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª edn (DSM – III)*. Washington DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatry Association -A.P.A.-. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. New York: APA. Edición española *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1995)*. Barcelona: Masson.
- Anastasi, A. (1981). Capacitación, avance de las pruebas y capacidades desarrolladas. *American Psychologist*, 36,1086-1039.
- Aron, A., Aron, E. (2001). *Estadística para psicología*. Brasil: Prentice Hall.
- Arias, M. B., Fuertes, Z. J. (1999). “Competencia social y solución de problemas sociales en niños de educación infantil: un estudio observacional” *Mente y Conducta en situación educativa. Revista Electrónica del Departamento de Psicología*. Universidad de Valladolid Volumen I. Número 1. Páginas 1-40.
- Baños, R.; Botella, C.; Guillén, V.; Benedito, M. (2003). Comorbilidad y diagnóstico diferencial En: Botella, C., Baños y Perpiñá (2003) *Fobia Social*. Barcelona España:Paidós.
- Beck, A. T., Emery, G., Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bobes, G. J., González, G. M., Sáiz, P., Bascarán, M. & Bousoño, M. (2001). Revisión conceptual a propósito de la fobia social (trastorno de ansiedad social) *Actas Esp Psiquiatr* , 29 (3):195-198.
- Bobes, G. J., Bascarán, M., Bousoño, M, García-Portilla, M. & Saiz, P. (2003). *Trastorno de Ansiedad Social: Actualidad clínica y terapéutica*. Salud Global. Año III. No. 6.
- Botella, C., Baños, R.; y Perpiñá, C.; Compiladores (2003). *Fobia Social*. Barcelona España. Editorial Paidós.
- Buss, A. H. (1980). *Self- consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.

- Caballo y cols. (1996). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. México: Siglo XXI, editores.
- Caballo, V. E. (Director) (2006) Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Madrid: Pirámide.
- Cano, V., A., Pellejero, M., Ferrer, M. A., Iruarrizaga, I. y Zuazo, A. (2000). Aspectos cognitivos, emocionales, genéticos y diferenciales de la timidez. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. Vol. III, No. 4. Junio. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Caraveo, A. J., Colmenares, E. (2000). Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Mental*; 23: 10-19.
- Carretero, F., Feixas, G., Pellungrini, I. & Gutiérrez, R. (2001). *Boletín de Psicología*. Cuando relacionarse amenaza la identidad: la fobia social desde un enfoque constructivista.
- Cervera, S., Roca, M., Bobes, J. (1998). *Fobia social*. Masson: Barcelona.
- Cervera, S. E. & Schlatter, J. (2003). Aspectos etiopatogénicos actuales en la fobia social. *Psiquiatría Biológica* 2003; 10(2):43-52.
- Compas, G. (2003). Introducción a la psicología Clínica. México: McGrawHill.
- Crozier, W. R. (1979). Shyness as anxious self-preoccupation. *Psychological Reports*, 44, 959 – 962.
- Crozier, W. R., Alden, L.E. (2001). International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions relating to the self and shyness. John Wiley y Sons Ltd.
- Davidson, J. R., Potts, N.L., Richichi, E. A., et al. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *J Clin Psychiatry*, 52: 48 – 51.
- Dell'Osso, L., Sacttoni, M., Papasogli, A., Rucci, P., Ciaparelli, A., Bandettini, A., Ducci, F., Hardoy, C. & Batista, G. (2002). Social Anxiety Spectrum: Gender Differences in Italian High School Students. *Journal of Nervous and Mental Disease* Vol. 190, No. 04, 225 – 232.
- Del Prette, Z., Monjas, C., Caballo, V. E. (2006). La evaluación del repertorio de las habilidades sociales en los niños. En: Caballo, V. E. (Director) (2006) *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

- Delval, J. (1994, 2000). El mundo social: Las relaciones con los otros. En: El Desarrollo Humano. México: Siglo XXI Editores.
- Eysenck, H. J. (1944). Types of personality. A factorial study of 700 neurotics. *Journal of Mental Science*, 90, 851 – 861.
- Feldman, L.B., Rivas, V. R., (2003). Assesment and treatment of Social Anxiety Disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 34 No. 4, 394 – 405.
- Furmark, T. (2002). Social Phobia: Overview of community surveys. *Acta Psych Scand*: 105: 84 – 93.
- Furmark, T. , Tillforts, M., Marteinsdottir, I., Fisher, H., Pissiota, A., Langström, B. & Fredrickson, M. (2002). Common changes in cerebral blood flow in Patients with social phobia. *Arch Gen Psychiatry*: 59: 429 – 433.
- Geisinger, F. K. (1994). Cross cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*, 6: 304 – 312.
- González, G. M. , Bascarán, F. T. & Saiz, M. P. (2001). Psychometric Assessment of Social Phobia (social anxiety disorder). *Interpsiquis*: (2)
- Hambleton, K.R. (1995). Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: Fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. En: Muñiz J. Psicometría. Madrid: Universitas.
- Hatch, J. A. (1987). Peer interaction at the development of social competence. *Child Study Journal*, 17 (3), 16 – 183.
- Hernández, G. L., Sánchez, S. J., (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico: Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. 8, No. 1 y 2.
- Johnson, M., Marazzitti, D., Brawman, M.O. & Emmanuel, N.P. (1998). Abnormal peripheral benzodiazepine receptor density associated with Generalized Social Phobia. *Biol. Psychiatry* 8; 43: 306 309.
- Jones, W. H., Briggs, S.R. y Smith, T.G. (1985). Shyness: Conceptualization and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51: 629 – 639.
- Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general Population: implications for intervention. *Acta Psychiatr Scand*: 108: (suppl): 19 – 27. Blackwell Munksgaard.

- Lepine, J. Wittchen, H.U. & Essau, C. (1993), Lifetime and current comorbidity Of anxiety and affective disorders. *International Journal of Methodology In Psychiatric Research*, 3, 67 – 77.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social Phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 22: 141-173.
- Loyola, C.O., Blanco, C.Y.,García, J.,Gómez, V.S.,Herrera,V.H.,Quevedo,L.M.& Sánchez, Z. (2002). Prevalencia de Fobia Social en estudiantes de Bachillerato y factores asociados.
- MacDonald, A. W., Cohen, J.D.,Stenger, V.A.& Carter, C.S. (2000). Dissociating the role of the dorsolateral prefrontal and anterior cingulated Cortex in cognitive control. *Science*, 228: 1835 – 1837.
- Maestriperi, D., Ross, S.K. & Megna, N.L. (2002). *Journal of Comparative Psychology*. Sep. Vol 116 (3): 219 – 227.
- Malizia, A.L., Wilson, S.J., Bell, C. M., Nutt, D.J., Grasby, P.M.(1997). Neural Correlates of anxiety provocation in social phobia. *Neuroimage*; 5: 5301 – 5311.
- Marks, I.M. & Gelder, M.G. (1966). Fifferent age of onset in varieties of Phobias. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218 – 221.
- Mathew, S.J., Coplan, J.D. & Gorman, J.M. (2001). Neurobiological mechanisms of social anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry* 158: 1558 – 1567.
- Matson, J.L., Rotatoti, A.F. & Helsel, W.J. (1983). Development of a rating Scale to measure social skills in children: The Maatson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behavior Research and Therapy*, 21 (4), 335 – 340.
- Newman, M., Kachin, K., Zuellig, A., Constantino, M.J. & Cashman – MacGrath. The Social Phobia Diagnostic Questionnaire: preliminary validation of a New self – report diagnostic measure of social phobia. *Psychological Medicine*, 2003, 33, 623 – 635.
- Nunnally, J. C., Bernstein, I. J. (1999). *Teoría psicométrica*. México: McGraw - Hill.
- Nutt, D.J., Malizia, A.L. (1998). Brain mechanisms of social anxiety disorder. *J. Clin Psychiatry*: 59 (Suppl) 3: 43 – 48.

- Organización Mundial de la Salud. CIE – 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor. 1992.
- Otto, M.W., Pollack, M.H., Gould, R.A., Worthington, J.J 3º, McArdle, E. T. & Rosembaaaum, J.F. (2000). A comparison of the efficacy of clonacepam And cognitive – behavioural group therapy for the treatment of social Phobia. *J. Anxiety Disorders*; 14: 345 – 348.
- Papalia, D. E., Wendkos, S. (2005). *Desarrollo Humano*. México McGraw Hill.
- Piaget, J. (1932,1935). *El juicio moral en el niño*. Madrid: Beltrán.
- Pilkonis, P.A., (1977). The behavioral consequences of shyness, *journal of Personality*, 31, 596 – 611.
- Rabazo, M.J. & Fajardo, M. I. (2004). Propiedades psicométricas de una Escala de observación de la expresión motora de las habilidades sociales: *Revista Electrónica de Investigación educativa*, 6 (2). Consultado el día 4 de noviembre de 2005 en: <http://redie.uabc.mx/vol6no2/contenido-rabazo.html>.
- Rappe, R.M., Heimberg, R.G. (1997). Cognitive – behavioural model of anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35, 741 – 756.
- Shultz, J. J., Florio, S. y Erikson, F. (1982). Where's the floor? Aspects of the cultural organization of social relationships in communication at home and in the school. P. Gilmore y A. A. Glatthorn (Comps.). *Children in and out of school: ethnography and education*. Washington, DC: Center for Applied Linguistics.
- Shumyatsky, G. (2005). Without gene, timid mice turn into daredevil. *Cell*, November Vol. No. 18.
- Stangier, U., Heidenreich. T., Peitz, M., Lawterbach, W. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behavior Research and Therapy* 41: 991-1007.
- Stein, D. J. ,Stein, M. B. & Pitts, C.D., et al. (2002). Predictors of response to pharmacotherapy in social anxiety disorder: an analysis of 3 placebo controlled paroxetine trials. *J Clin Psychiatry*.; 63:152–155.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Farvolden, P. (2003).The impact of anxiety disorders on educational achievement . *Journal of Anxiety Disorders*. 17 (5): 561 - 571.

- Velarde, J. E.; Ávila, F. C.; (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México* 2002; 44: 349-361.
- Velarde, J. E.; Ávila, F. C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública de México* ; 44:448-463.
- Verdugo, M., Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, Vol.25, No. 4, agosto.
- Vigotsky, L. S. (1987). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. Ed. Ciencia y Técnica. La Habana.
- Waters, E. y Sroufe, L. A. (1983). Social competence as a developmental construct. *Developmental Review*, 3, 79-97.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social - evaluative anxiety. *J. Clin Psychol*; 33: 448 - 457.
- Weaver, A., de Waal & Frans, B. M. (2003). *Journal of Comparative Psychology*. Mar Vol. 117(1) 101-110.
- Wittchen, H., & Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 617-641.
- Wittchen, H. U. & Fhem, L. (2003) Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand*:108 (417): 4-18.