



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Revisión de los procedimientos de evaluación observacional y cognitiva en niños, adolescentes y adultos con ansiedad social

Alumno: María Máxima Alcántara Jiménez

Tutor: Prof. D. Luis Joaquín García López

Dpto: Departamento de Personalidad,
Evaluación y Tratamiento Psicológico

Febrero, 2015

Índice

1. Introducción.....	4-10
2. Revisión	
2.1. Evaluación observacional y <i>role-playing</i>	10-19
2.2. Evaluación cognitiva.....	19-29
3. Discusión.....	30
4. Bibliografía consultada.....	31-39

Resumen

Este trabajo trata sobre la revisión literaria de los instrumentos existentes de evaluación de ansiedad social, específicamente los instrumentos de evaluación observacional y cognitiva en niños, adolescentes y adultos. Como se puede observar más adelante, a pesar de los instrumentos existentes, aún se precisa de nuevas investigaciones que amplíen el repertorio de instrumentos de evaluación en este ámbito. Los artículos utilizados fueron obtenidos de las bases de datos PsycArticles y PsycINFO.

Palabras clave:

Fobia social, ansiedad social, evaluación observacional, instrumentos de evaluación, *Role-playing*, niños, adolescentes, adultos.

Abstract.

This project tells us about the literary revision of the existing resources of social anxiety assessment; specifically, the observational and cognitive assessment tools for children, teenager and adults. As it can be seen below, in spite of the existing tools, in yet, further new research is needed, that amplify the repertoire of assessment tools in that sphere. The used articles are obtained from Databases PsycArticles and PsycINFO.

Keybords: social phobia, Social anxiety, observation, observational, *Role-playing*, Behavioral Test, Behavioral Assessment, Behavioral Observation, adolescents, children, adult.

1. Introducción

Características y definición de Ansiedad Social

El trastorno de ansiedad social (TAS) o también conocido como fobia social (FS), es descrito en el criterio A del DSM-IV como un “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” (APA, 2000).

Principalmente las personas que sufren TAS presentan el triple sistema de respuesta: psicofisiológico, cognitivo y conductual (Lang, Mueller y Nelson, 1983). En cuanto al sistema psicofisiológico, éste aparece cuando la persona con TAS se siente amenazada en una situación social temida. Asimismo, puede sentir estos síntomas al anticipar que es lo que ocurrirá en estas situaciones (ansiedad anticipatoria). Las respuestas psicofisiológicas más comunes son:

Tabla 1. Respuestas psicofisiológicas en el Trastorno de Ansiedad Social.

<u>Respuestas psicofisiológicas</u> (Beidel y Turner, 1998)	
Palpitaciones	Sudor corporal
Aumento del ritmo respiratorio	Tensión muscular
Necesidad urgente de ir al baño	Dificultad para respirar
Sensación de desmayo	Sensación de falta de aire
Temblores de manos, pies y voz	Sequedad de boca
Nudo en la garganta	Falta de concentración
Cefaleas	Dolor u opresión torácica
Calor	Escalofríos
Rubor	Sensación de fatiga e insomnio
Molestias gastrointestinales	

En cuanto a las respuestas cognitivas, lo más común es que las personas con TAS tengan una serie de pensamientos negativos o sensaciones irreales que van a afectar a la conducta de la persona con TAS, así como aumentar los síntomas psicofisiológicos. Algunos de estos pensamientos erróneos son los siguientes:

Tabla 2. Principales pensamiento negativos en el Trastorno de Ansiedad Social.

PRINCIPALES PENSAMIENTOS NEGATIVOS EN EL TAS (Pastor y Sevilá, 2009)	
Tipo de pensamientos negativos	Ejemplos
Sobre la propia actuación	<i>“Siempre meto la pata” “tartamudearé y no se me entenderá” “me quedaré en blanco”.</i>
Sobre la percepción de los demás de la propia actuación	<i>“Se van a dar cuenta” “me están mirando” “sabrán que estoy nervioso” “llamaré la atención”.</i>
Sobre el juicio negativo de los demás	<i>“Pensarán que soy raro, débil, que escondo algo, que estoy nervioso, que estoy haciendo el ridículo, que soy aburrido y que no estoy a la altura”.</i>
Sobre ser rechazado	<i>“No querrán hablar conmigo” “dejarán de ser mi amigo” “me despedirá”.</i>
Sobre autodesprecio	<i>“Nadie tiene un problema como éste” “no tengo personalidad” “me pasa algo muy raro” “nunca lo superaré” “qué será de mí”.</i>
Sobre reacciones de ansiedad visibles	<i>“Qué horror, me estoy poniendo rojo” “estoy empapado de sudor” “la mano me tiembla tanto que no puedo sostener el vaso”.</i>

En cuanto a las respuestas motoras, principalmente se tratan de dos:

1. Evitación de las situaciones temidas. Se trata de una forma con la que las personas con TAS intentan manejar la ansiedad que les producen las situaciones sociales. La evitación la realiza la persona para prevenir los síntomas antes de tener que enfrentarse a la situación temida, de forma que finalmente no afrontará la situación social. Existen dos tipos de evitación: la evitación activa, se refiere a cuando la persona realiza una conducta observable para evitar el malestar (ejemplo: poner una excusa para no asistir a una fiesta) y la evitación pasiva, también llamadas conductas de seguridad, las cuales son conductas que tienen como objetivo permitir estar en la situación social, pero controlando ésta para evitar tener respuestas psicofisiológicas o cognitivas que le generan malestar. Por ejemplo: usar mucho maquillaje, dejarse barba, colocarse el pelo delante de la cara para esconder el rubor, no mirar a los ojos, no preguntar en cualquier tipo de reunión social, etc.

2. Escape de las situaciones temidas. A diferencia de la evitación, se realiza cuando la persona se encuentra en la situación social temida y utiliza una estrategia de huida de la situación para eliminar el malestar causado por la situación (ejemplo: decir en una fiesta que se tiene que marchar a casa por un malestar físico).

Debido a la gran variedad de síntomas que se dan en situaciones sociales que ocurren a diario el TAS tiene una serie de consecuencias que pueden arrastrarse a lo largo de la vida (Beidel, Ferrell, Alfano y Yeganeh, 2001), entre las que se encuentran un peor funcionamiento académico y social, peor calidad de vida e interferencia en el desarrollo personal (Albano, Chorpita y Barlow, 2001).

Otra posible consecuencia que no ocurre en todos los casos es que normalmente, estas personas al ser más tímidas, no defienden sus derechos, por ello, pueden sufrir burlas de los compañeros e incluso bullying (Juvonen, Graham y Schuster, 2003; Garcia-Lopez, Iurtia, Caballo y Díaz-Castela, 2011; La Greca y Harrison, 2005; Ranta, Kaltiala-Heino, Pelkonen y Marttunen, 2009; Storch y Masia-Warner, 2004). A esto se suma el hecho de que muchas veces no se detecta el TAS por otras personas, en primer lugar, por tratarse de un problema internalizante y por otra, porque se trata de un problema que es poco conocido y no es visible para la sociedad, de forma que padres y profesores ignoran, en muchas ocasiones que los adolescentes pueden sufrir un problema de este tipo. A todo ello, hay que añadir que en muchas ocasiones los adolescentes con TAS cuando son detectados a tiempo no desean recibir tratamiento por propia voluntad, o bien los padres opinan que sus hijos no necesitan ayuda, o bien no le dan importancia al problema, o bien porque creen que lo que le ocurre a su hijo es propio de la edad y que con el tiempo desaparecerá, por lo que no es necesario el tratamiento.

Prevalencia y datos sociodemográficos.

La FS es un trastorno bastante común en adolescentes, situándose entre los trastornos de mayor prevalencia en este tipo de población (Albano y Detweiler, 2001; Gren-Landell et al., 2009; Hayward et al., 2008; Inglés et al., 2008; Zubeidat et al., 2007). Estudios relativamente recientes han encontrado una tasa de prevalencia del 12% en población clínica (Kessler, Berglund, et al., 2005; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2005; Garcia-Lopez, 2007; Inglés et al., 2010; 2011). Y si hablamos de población comunitaria en adolescentes nos encontramos con una tasa de prevalencia de entre 8-

12% (Burstein et al., 2011; Chavira, Stein, Bailey y Stein, 2004; Inglés et al., 2008; Inglés, Méndez e Hidalgo, 2001; Olivares, 2005). Parece que las tasas de prevalencia aumentan desde la infancia hasta la adolescencia. En un estudio se encontró que mientras los datos de prevalencia en la infancia eran del 1,3%, en la adolescencia subieron hasta el 3% (Essau et al., 1999). También se encontró, en una muestra comunitaria que la prevalencia del trastorno aumentaba un 0,5% desde los 12-13 años y aumentaba hasta un 2% desde los 14-17 años (Essau et al., 1999). Otro estudio del mismo año mostró que el incremento en la tasa de prevalencia seguía aumentado, en concreto, un 4% entre los 14-17 años, y desde los 18 hasta los 24 años, un 8,7% (Wittchen et al., 1999). En relación a esta última población (población adulta), se han encontrado tasas de prevalencia variable, en muestra general, del 4-8% (Magee et al., 1996), mientras que en un estudio reciente (Fehm, Beesdo, Jacobi y Fiedler, 2008) con una población adulta bastante amplia encontró una tasa de prevalencia del 2%. En España, la FS es el segundo trastorno con mayor tasa de prevalencia (Costello, Egger y Angold, 2004), llegándose a encontrar una tasa de prevalencia del 8,2% en adolescentes (Olivares, 2005), aunque es necesario señalar que, en estos estudios el instrumento utilizado ha sido únicamente el autoinforme, con las limitaciones que ello supone.

En población comunitaria este trastorno es mucho más frecuente en mujeres que en hombres (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003; Faravelli et al., 2000; Inglés et al., 2001; Wittchen et al., 1999). Sin embargo, en población clínica estas prevalencias se igualan en ambos sexos, llegando incluso a ser más altas en los hombres según los datos hallados en algunos estudios (Fehm et al., 2008; Weinstonck, 1999). Un estudio realizado en España con población adulta clínica afirmaba que la prevalencia en los trastornos de ansiedad y depresión es más del doble en mujeres que en hombres, con la excepción del TAS, donde las diferencias con los hombres son de menor magnitud (0,64 en mujeres y en hombres 0,57) (Haro et al., 2006). Por otra parte, los hombres son los que suelen acudir más a consulta que las mujeres, probablemente por las consecuencias negativas que le generan, principalmente en el entorno laboral y personal. Por su parte, en las mujeres, los rasgos de FS tienden a ser más asumidos y ocasiona un menor número de consultas. Así, las chicas muestran mayor miedo en las situaciones sociales temidas como lo demuestran los estudios de Caballo, González, Alonso e Irurtia (2007) en población adolescente comunitaria (García-Lopez, Inglés y García-Fernandez, 2008; Inglés et al., 2010, 2011; Piqueras, Olivares y López-Pina,

2008; Zhou, Xu, Inglés, Hidalgo y La Greca, 2008). Estas diferencias de sexo, pueden ser explicadas por variables como la deseabilidad social, el estilo educativo de los padres (Caballo et al., 2007) y/o variables culturales, en el sentido de que socialmente se espera que los hombres no sean miedosos (Rubin y Nelson, 1999). Otra diferencia en cuanto al sexo se encuentra en que por una parte las chicas tienen niveles más altos en respuestas psicofisiológicas, cognitivas y en el foco atencional mientras que los chicos parecen mostrar más conductas de evitación (Inglés et al., 2010; Inglés, Piqueras et al., 2011). Los autores explican estos resultados según las variables culturales, puesto que en chicos se tiene una mayor expectativa en el desempeño de las situaciones sociales, de forma que éste puede evitar estas situaciones sociales para no sentir la presión social. Sin embargo, tal y como se ha comentado anteriormente a diferencia de lo encontrado en población comunitaria, parece que en población clínica estas diferencias no aparecen (García-Lopez, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2001; Inglés et al., 2011; Piqueras et al., 2008). De cualquier manera, estudios recientes han revelado que pese a la existencia de diferencias entre chicos y chicas, la magnitud de las diferencias es baja lo que conlleva la no necesidad de generar puntos de corte diferentes en función del sexo (García-Lopez, Inglés y García-Fernández, 2008).

En cuanto a la edad de comienzo, hay una mayor probabilidad de que este trastorno comience a desarrollarse en la adolescencia, entre los 12 y 18 años (Beidel, Ferrell, Alfano y Yeganeh, 2001; Beesdo, Knappe y Pine, 2009; Faravelli et al., 2000; Haro et al., 2006; Inglés et al., 2001; Klein, 2009; Olivares et al., 2003). Este período coincide con el momento en que los adolescentes comienzan a tener una mayor conciencia de sí mismos y de los demás como personas que pueden evaluar de forma negativa y realizar críticas, también aparece la anticipación a las situaciones sociales. Sin embargo, también existen datos que indican que niños de 8 años pueden presentar ya síntomas del trastorno (Beidel y Turner, 2007; Beidel, Turner y Morris 1999); de hecho en la infancia pueden observarse conductas que indican un fuerte miedo social, las cuales podrían predecir fobia social en años posteriores (Bados, 2001). Es más, el estudio de Ruscio et al., (2008) determinó que el número de miedos sociales está asociado con el comienzo temprano del trastorno. Por otra parte, un estudio realizado por Olivares, Rosa y Piqueras (2006) se encontró que la edad media de comienzo del TAS, en una muestra de adolescentes de 14 a 17 años que presentaban FS generalizada, se situaba en los nueve años y medio, tal y como la mayoría de ellos señalaron al preguntarles por el

momento del comienzo del trastorno. Sin embargo, parece ser que aunque el comienzo del trastorno comience en la adolescencia o incluso antes, no es hasta la adolescencia tardía o en los inicios de la adultez cuando normalmente se produce el diagnóstico del mismo (Mesa, Nieves y Beidel, 2011). Casos excepcionales son aquellos en los que la aparición del trastorno sucede después de cumplir los 20 años de edad (Beesdo et al., 2009, 2007; Wittchen y Fehm, 2003).

Comorbilidad

Normalmente, este trastorno va acompañado de otras psicopatologías (Chou, 2009; Ohayon y Schatzberg, 2010), siendo menor la probabilidad de ello al comienzo del TAS. De hecho, según aumenta la edad, se incrementa la probabilidad de padecer un trastorno comórbido en personas con TAS (Fehm, Beesdo, Jacobi y Fiedler, 2008).

Los trastornos comórbidos más comunes en la FS en la adolescencia son: otros trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos por déficit de atención e hiperactividad, abuso de alcohol y consumo de sustancias, rechazo escolar y mutismo selectivo (Essau et al., 1999; Faravelli et al., 2000; Kessler et al., 2005; Mancini et al., 2005; Olivares et al., 2002; Stein et al., 2001). Hay tres grupos de trastornos que se suelen asociar a la FS:

1. *Otros trastornos de ansiedad:* al menos el 50% de los pacientes con TAS informan de la existencia de otros trastornos ansiosos (Magee et al., 1996; Wittchen et al., 1999). Los datos muestran que los que con mayor frecuencia aparecen junto al TAS son tanto la fobia específica como el trastorno de ansiedad generalizada. Por el contrario, el trastorno de estrés postraumático es el que presenta menores tasas de comorbilidad con el TAS (Mesa, Nieves y Beidel, 2011).

2. *Trastornos del estado de ánimo:* dentro de este grupo, la depresión y la distimia son los trastornos comórbidos que más veces aparecen en las personas con TAS (Schneier et al., 1992; Wittchen et al., 1999). Existen diversos estudios que muestran una asociación entre padecer TAS y posteriormente sufrir depresión (Beesdo et al., 2001; Bittner et al., 2007 y Stein et al., 2001). Los datos apuntan a que el porcentaje de adolescentes que presentan un trastorno comórbido del estado de ánimo se sitúa en torno al 11% (Beidel et al., 2007). Este particular hallazgo es importante en términos de prevención. Otro dato interesante aportado por el estudio de Ranta et al. (2009), es el que indica que los adolescentes que padecían TAS y

depresión tenían un mayor riesgo de sufrir bullying que el grupo de adolescentes que solo presentaba un trastorno, TAS ó depresión. Estos datos sugieren que los síntomas depresivos pueden tener un efecto que se suma a los del TAS, provocando un mayor riesgo de victimización.

3. *Alcohol y abuso de sustancias*: los datos informan que el TAS suele ser un trastorno que precede al abuso de alcohol, por lo que se considera que este trastorno puede ser un precursor del abuso de alcohol e incluso un factor de mantenimiento en los problemas de bebida (Davidson, Hughes, George y Blazer, 1993; Kushner, Sher y Beitman, 1990).

En los últimos tiempos el uso de Internet y de las nuevas tecnologías es cada vez más frecuente, esto ha llevado a que a las nuevas generaciones se les llame “nativos digitales” debido a que nacen como mínimo con un ordenador en sus casas, y al uso que se hacen de las nuevas tecnologías en las escuelas. Los datos apuntan a un aumento de los trastornos asociados al uso de las nuevas tecnologías. En este sentido, ya existen algunos estudios que relacionan la FS con el uso de Internet (Campbell, Cumming y Hughes, 2006; Shepherd y Edelman, 2005) e incluso con la adicción al mismo (Yen, Ko, Yen, Wu y Yang, 2007).

2. Revisión

2.1. Evaluación observacional y *role-playing*

La evaluación observacional es una de las técnicas directas adecuadas de evaluación social que nos permite obtener información sobre medidas de respuesta, sin la implicación de la persona que sufre el problema, bien en situaciones naturales y/o artificiales. (Zubeidat, 2005). Siguiendo la misma línea, Caballo (2010) describe que la observación es “el método por experiencia para evaluar los componentes verbales, no verbales y paralingüísticos de las habilidades sociales, así como la capacidad que tiene para identificar las demandas interactivas del ambiente social y de reaccionar a ellas en el momento oportuno (timing)”(pág. 389). Según este autor, la observación en la vida real el método más sensible para producir datos fiables sobre el control de las variables, característico del análisis funcional y, por ello, el que proporciona indicaciones más directamente pertinentes para la planificación de las intervenciones sistemáticas.

Además la evaluación observacional nos puede ayudar a esclarecer los obstáculos a los que se enfrentan algunos pacientes a la hora de interactuar con sus iguales. En este sentido, Schneider (2009) utilizó un sistema de observación de campo cerrado para investigar las interacciones de 38 adolescentes con ansiedad social con un grupo control (adolescentes sin ansiedad social). La observación se llevó a cabo en tres situaciones diferentes denominadas *dawin task*, *chocolate-egg task* y *car-race task*, con la hipótesis de que los adolescentes con ansiedad social son más reticentes a las interacciones, incluso con sus amigos íntimos. Además, en dicho estudio, se esperaba que los primeros fueran menos competitivos que el grupo control en los diferentes juegos y conversaciones. Los resultados del estudio apoyaron la hipótesis. Así, la observación, incluso en una situación artificial nos proporciona una mayor información sobre los comportamientos de las personas con ansiedad social. No obstante, la observación en situaciones artificiales es más limitada que en situaciones naturales ya que pueden existir factores que influyan en el comportamiento de los sujetos.

Debido a ello, se hace considerar otras alternativas de observación directa como es el caso de la preparación de situaciones sociales estimuladas, denominada *role-playig* (Haynes y O'Brien, 2000) o ensayo conductual, ya que a través de esta técnica se pretende que el sujeto tenga la oportunidad de practicar y ensayar las conductas apropiadas, cuantas veces sea necesario, hasta lograr un nivel de ejecución adecuado (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2006). Esta técnica tiene dos modalidades: ensayo conductual *real* (donde el sujeto ejercita las conductas objetivo interaccionando con otro(s) interlocutor(es) en una situación concreta) o encubierto (en el cual el sujeto debe imaginarse ejecutando dichas conductas). La modalidad más utilizada es la primera, (ensayo conductual real) ya que le permite al entrenador observar directamente y supervisar la ejecución que en realidad lleva a cabo el sujeto, lo que permite la aplicación de las restantes técnicas, orientadas al moldeamiento y mantenimiento de las conductas. No obstante, las ventajas del ensayo encubierto aconsejan su utilización de forma conjunta al anterior (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2006). Por otro lado, Norton y Hope (2001) establecieron que hay que tener en cuenta los componentes del procedimiento y los componentes estructurales, tales como:

Los **componentes del procedimiento**: incluyen las instrucciones dadas al participante, el uso de cómplices y sus características personales y la personalización o familiaridad de las escenas llevadas a cabo en el *role-playing*.

Instrucciones. Las instrucciones que se les proporciona a los clientes antes de la realización del *role-playing* pueden influir en la ejecución de éste, ya que los individuos suelen ajustar sus comportamientos según las explicaciones que se les aportan.

Formato de estímulos. Es uno de los aspectos más variado y discutido. La interacción social implica una serie de indicaciones, respuestas y contrarrespuestas que permiten tanto al cliente como al cómplice que se comuniquen.

Uso de cómplices o compañeros para el role-playing. El comportamiento social implica la interacción contingente o no de uno o varios compañeros para el *role-playing*. Estos compañeros suelen ser cooterapeutas u otros participantes que, a menudo, se les prepara y entrenan para la actuación de la situación simulada.

Características personales de los cómplices. Las características personas de los cooterapeutas pueden influir al propio cliente a la hora de la ejecución del *role-playing*. Por ello, se sugiere la intervención de diferentes cómplices para que el comportamiento del cliente no pueda generalizarse. Además, el terapeuta deberá considerar las características personas de los cooterapeutas a la hora de interpretar y evaluar los datos obtenidos.

En cuanto a los **componentes estructurales**, se hace referencia a factores que no afectan directamente al participante durante la observación, como son el nivel molecular y el uso de registros de nuevas tecnologías u observadores. En concreto, hablamos de:

Evaluación del nivel molar. Implica hacer una evaluación global de la calidad del comportamiento social realizado durante el *role-playing*. A pesar de que las evaluaciones moleculares son globales en el funcionamiento de las habilidades sociales, las pruebas sugieren que las habilidades evaluadas se basen en el contenido verbal y no verbal, específicamente la mirada. No obstante, aunque es un procedimiento que nos

puede dar mucha información acerca del progreso de la intervención, su utilidad en la planificación del tratamiento es limitada.

Evaluación del nivel molecular. La evaluación del nivel molecular del comportamiento social implica la observación y grabación de comportamientos sociales específicos o síntomas de ansiedad. Estos comportamientos incluyen el contacto visual, la mirada fija, la latencia de respuesta y duración, el contenido del discurso, las inflexiones, volumen y disfluencias y los movimientos corporales como temblores, gestos, sonrisas...

Atractivo del cliente. Los estudios realizados afirman que el atractivo físico puede confundir las posiciones sociales, es decir, que las personas físicamente atractivas son relacionadas como más expertas, aunque no lo sean, mientras que los sujetos físicamente menos atractivos son considerados menos expertos, aunque sean más cualificados.

Evaluación inmediata versus prolongada. El uso de la videocámara en las situaciones simuladas es un procedimiento muy empleado en las investigaciones de observación del comportamiento social. No obstante, el uso de la videocámara en sesiones tiene muchos beneficios como la oportunidad que ofrece al terapeuta de examinar la cinta una vez finalizada la sesión para obtener una mayor información.

Los componentes anteriormente citados, (procedimentales y estructurales) son muy importantes para el desarrollo y el empleo de los métodos en evaluación observacional. Las variaciones de alguno de estos componentes pueden tener un impacto negativo en la fiabilidad y validez de los datos obtenidos. Es más, las variaciones en la psicoeducación puede influir notablemente en el rendimiento afectando a la validez externa, así como la realización individual de las situaciones simuladas. En este sentido, Norton y Hope (2001) asumen que los datos investigados sobre validez externa de los métodos de *role-playing* son ambiguos e incompletos. Esto podemos apreciarlo en las investigaciones de Bellack, Hersen y Turner (1979) que encontraron relaciones moderadas entre los métodos de *role-playing* y las interacciones reales en pacientes psiquiátricos. Además, en el estudio de Bellack, Hersen y Lamparski (1979) hallaron resultados contradictorios entre el comportamiento de los sujetos psiquiátricos durante el *role-playing* en comparación con el comportamiento en situaciones reales, específicamente en la

población femenina. Sin embargo, existen pruebas que confirman la relación entre el comportamiento natural del sujeto y de *role-playing*. En primer lugar, las investigaciones llevadas a cabo por Wessberg et al. (1979) y los estudios de St. Lawrence et al. (1983). Estos autores concluyeron que el comportamiento de los sujetos era consecuente si creían con total seguridad en la situación de *role-playing* que realizaban. Junto a esto, Gorecki, Dickson, Anderson y Jones (1981) mostraron que las posiciones jugadas por estudiantes eran considerablemente más altas durante los *role-playing* que en las interacciones reales.

En definitiva, Norton y Hope (2001) se sugieren que los profesionales deben considerar que los datos de evaluación pueden sobreestimar el funcionamiento social del cliente. Para estos autores, la evaluación continuada entre los métodos de *role-playing* es necesaria para mejorar el nivel de la relación entre *role-playing* y el comportamiento natural de los sujetos.

Otros métodos de observación que pueden usarse en la evaluación de los comportamientos sociales son los siguientes:

Behavioral Assessment Test (BAT)

Procedimiento estructurado de *role-playing* para niños y adolescentes con ansiedad social. Los clientes son expuestos a diferentes situaciones que les provocan ansiedad con el objetivo de evaluar las conductas que realizan, así como el afrontamiento o la evitación de tales situaciones. Existen diferentes tipos de BAT. Algunos de ellos exploran la presencia de habilidades sociales a través del *role-playing*, donde el cliente debe interactuar con un cómplice en diferentes escenarios, como por ejemplo manteniendo una conversación o recibiendo un elogio (Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 1999). Otro de los casos es el estudio de Mesa, Beidel y Bunnell (2014) que utilizan una tarea de interacción social en la que el adolescente juega a un videojuego con un cómplice desconocido. Otras pruebas de BATs, pueden estar más enfocadas en la capacidad del individuo de enfrentarse ante una audiencia o delante de una cámara para dar un discurso improvisado. En estas situaciones, se puede grabar al adolescente mientras realiza su desempeño, anotando los indicadores de ansiedad social que los espectadores observan, así como sus posibles habilidades sociales (contacto visual, postura, contenido verbal...). Además, se puede emplear antes, durante y después algunos procedimientos de evaluación. En particular, medidas que incluyen la angustia

del sujeto durante la tarea, medidas de reacciones fisiológicas, o el cuestionario desarrollado por Cartwright-Hatton, Hodges y Porter (2003). Éste último, consiste en dos versiones (una para el niño, PQ-C y otra para el observador, PQ-O) con ocho ítems que evalúan la conducta del niño o adolescente.

En general, los BATs son instrumentos muy útiles para la investigación, pero no son fáciles de manipular en la práctica clínica debido a sus requisitos de tiempo y complejidad (se necesita una situación observacional, cómplices apropiados y entrenados y un sistema de codificación). No obstante, los BATs adaptados al uso clínico pueden proporcionar al profesional la información necesaria del cliente para decidir los objetivos y las distintas alternativas del tratamiento y su evaluación (Beidel y Turner, 2007; Kearney, 2005). Por último, cabe destacar que la evaluación durante la observación del comportamiento nos proporciona índices relevantes (inquietud, nerviosismo, contacto visual, expresiones faciales, postura corporal, habilidades sociales) sobre la ansiedad social del sujeto (Kearney, 2005). Es más, los profesionales pueden observar las interacciones entre padre e hijo, obteniendo información pertinente sobre conflicto, sobreprotección o refuerzo de comportamientos ansiosos o de evitación.

Behavioral Assertiveness Test-Revised (BAT-R)

Es una variación de BATs, utilizado para la población masculina, a la cual se le presentan 32 situaciones simuladas que intervienen tanto cómplices de sexo masculino como femenino. La mitad de estas situaciones implica relacionarse con un sujeto familiar, mientras que la otra mitad con un sujeto totalmente desconocido (Eisler et al., 1975). Durante esta técnica, el cliente debe actuar como él normalmente lo haría ante las escenas que su compañero de *role-playing* le va indicando. Estas escenas son grabadas por videocámara para poder tantearlas posteriormente de una manera más sosegada y eficaz, evaluando el comportamiento verbal y no verbal del cliente.

La ventaja de esta técnica es que incluye una gran variedad de situaciones heterosociales interaccionando con individuos conocidos y desconocidos que requieren una aseveración positiva o negativa (Norton y Hope, 2001). No obstante, El BAT-R tiene limitaciones en su utilidad clínica debido a que está diseñado únicamente para el uso con hombres y sólo recrea situaciones heterosociales (Eisler et al., 1975). Los estudios de Eisler, Hersen, Miller y Blanchard (1975); Bellack, Hersen y Turner (1979)

nos muestra una fiabilidad admisible en individuos psiquiátricos. En cambio, otras investigaciones cuestionan esta fiabilidad presentándola como más débil en relación a individuos no clínicos (Baggs y Spence, 1990). Por otro lado, la validez externa es cuestionable, según nos explica Bellack, Hersen y Turner (1979) quienes destacan moderadamente una correspondencia débil entre la evaluación del comportamiento a través del BAT-R y comportamientos similares en escenarios de interacción naturales. Por ende, tanto la fiabilidad como la validez del BAT-R son cuestionadas.

Behavioral Assertiveness Test- Revised for Children (BAT-CR)

Es una variación del BAT desarrollada por Ollendick y Francis (1981, 1985) y derivada del Behavioral Assertiveness Test-Revised (Eisler, Hersen, Miller y Blanchard, 1975) y del Behavioral Assertiveness Test for Children (Bornstein, Bellack y Hersen, 1977). Este instrumento consiste en la evaluación de la competencia social y las habilidades sociales que tienen los niños en respuesta a situaciones de afirmación positiva y negativa con sus compañeros. El niño o adolescente debe participar en una serie de doce *roles-playings*, de los cuales seis requiere afirmación positiva (dar un cumplido) y los otros seis afirmación negativa (rehusar demandas). Estas situaciones son grabadas para que un observador anote posteriormente si el sujeto a respondido o no asertivamente. Según Ollendrick et al. (1985) esta prueba presenta cuatro categorías (contacto ocular, latencia de respuesta, longitud de la respuesta y contenido verbal).

Algunos estudios han demostrado que el BAT-CR presenta una alta validez (Ollendick, 1981; Ollendick et al., 1986) y fiabilidad inter-jueces (Ollendick et al., 1985; Ollendick, Meador y Vilanis, 1986; Spence et al., 1999; Spende, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000). A pesar de que en un principio esta prueba no se desarrolló para ser manejada con niños, existen varios estudios donde se ha empleado en niños y adolescentes (Spence et al., 1999, 2000). Asimismo se ha utilizado en tratamiento de investigación para evaluar ansiedad social y habilidades sociales (Beidel, Turner, Young y Paulson, 2005; Compton et al., 2001; Herbert et al., 2009; Spence et al., 2000). No obstante, es necesario realizar más investigaciones para estandarizar estos procedimientos.

Assessment of Interpersonal Problem-Solving Skills (AIPSS)

Instrumento diseñado para valorar el rendimiento de las habilidades y competencias sociales (Donahoe et al., 1990). Se emplea 14 interacciones grabadas en vídeo que son presentadas individualmente al cliente. Están distribuidas de tal manera que la primera escena es sólo para instruir al cliente, las diez siguientes retratan algún problema interpersonal mientras que las tres últimas no presentan ningún tipo de problemática. Por su parte, los clientes deben identificar como “actor” el segmento del vídeo, argumentando tras la visualización de cada una de ellas si existe o no la presencia de algún problema social. Si se identifica en la escena el problema, el cliente deberá describir el problema y relatar lo que él haría en esa situación para solucionarlo (Donahoe, Carter, Bloem y Left, 1984).

Por tanto, este procedimiento de evaluación nos permite valorar la capacidad del cliente a la hora de identificar un problema interpersonal, desarrollar y describir una solución de problema y decretar la solución (Donahoe et al., 1990). Además, evalúa seis aspectos agrupados en tres categorías: recepción de habilidades (identificación y descripción), procesamiento de habilidades (procesamiento) y, por último, envío de habilidades (contenido, rendimiento y rendimiento en el propio *role-playing*).

A pesar de su utilidad, administración y evaluación, es complejo ya que requiere una inversión considerable en la formación de observadores y/o cooterapeutas. Por otra parte, parece ser el instrumento más apropiado para una institución a gran escala que se dedica a la valoración y tratamiento de clientes caracterizados con dificultades sociales.

Simulated Social Interaction Test (SSIT)

Esta prueba valora las habilidades sociales de los clientes y la ansiedad mediante 12 guiones estructurados llevados a cabo a través del *role-playing* (Curran, 1982). Estos guiones están basados en situaciones que implican la aprobación o desaprobación social, asertividad, confrontación o expresión de cólera, contacto heterosocial, calor interpersonal, conflicto o rechazo por los padres, pérdida interpersonal y expresión emocional positiva. En los *role-playing*, un compañero narra el guión (discusión con un amigo) dándole al cliente una serie de indicaciones sobre la situación a simular (el cooterapeuta actúa furioso y dice que se marcha). Cuando el cliente da una respuesta acerca de esa situación, se da por terminado el *role-playing* (Curran, 1982).

El SSIT es un método válido y útil para la evaluación observacional de ansiedad y habilidades sociales en adultos de sexo masculino en clínicas o consultas privadas. No obstante, las ventajas de este instrumento pueden ser compensadas con el uso de otras metodologías (Norton y Hope, 2001).

Social Skill Behavioral Assessment System (SSBAS)

El SSBAS fue construido por Caballo y Buela (1988) en un intento de desarrollar una prueba de *role-playing* válida para habilidades sociales, incorporando clasificaciones morales del funcionamiento como la evaluación de 21 tipos de comportamientos moleculares. En esta prueba, los clientes son llevados a un cuarto amueblado, acompañado de un cooterapeuta desconocido para él, donde serán grabados por videocámara. Ambos son instruidos en llevar a cabo una conversación de 5 minutos para conocerse. El cooterapeuta estará previamente entrenado para la situación simulada en la que debe de esperar unos 20 segundos antes de iniciar la conversación, además debe de mirar frecuentemente al cliente o reforzar comportamientos sociales (Bellack, 1983; Norton y Hope, 2001). Según Normal y Hope (2001), este procedimiento es un método de *role-playing* muy útil y completo que cuenta con la combinación de la evaluación de habilidades sociales y comportamientos moleculares que presenta el cliente. Sin embargo, la breve interacción y la sensibilidad del SSBAS en detectar dificultades en el funcionamiento social es limitada. Por ejemplo, la interacción, al ser desestructurada puede no generar datos útiles en cuanto a personas que tienen dificultades de interactuar con personas de posición de autoridad.

Ideographic Role-Play Test (IRP)

Este procedimiento proporciona, por un lado, un compromiso estandarizado de *role-playing* donde las interacciones pueden o no representar situaciones experimentales con los participantes, y por otro lado, el diseño del *role-playing* individualizado para el uso con ciertos clientes (Kern, 1991).

El desarrollo de la interacción suele ser valorada en una escala de seis puntos. Cada situación será puntuada según el comportamiento del cliente en el *role-playing*, se le administrará un punto en el caso de que presente obediencia total o 6 puntos en el caso de la agresividad. Una vez terminada todas las sesiones, se sumarán todos los puntos (Norton y Hope, 2001).

El IRP, es un enfoque de *role-playing* que equilibra la necesidad de consecuencia y estandarización con la atención a la historia individual y el entorno social del cliente. Este instrumento presenta propiedades psicométricas alentadoras. No obstante, a causa de que los clientes tienen que generar las interacciones mediante sus propios ejemplos, puede causar que éste método no sean beneficioso para algunos clientes. Por ejemplo, en el caso de personas que experimentan deformación de la realidad o no son capaces de generar suficientes situaciones adecuadas (Kern, 1991).

Unstructured Conversation Tasks (UCT)

Desarrollado por Turner, Beidel, Cooley, Woody y Messer (1994). Formado por dos tareas en las que el sujeto deberá interactuar con un cómplice del sexo opuesto y con un cómplice del mismo sexo. Cada guión dura aproximadamente 3 minutos (6 minutos en total) (De los Reyes, Burnnell y Beidel, 2013).

Impromptu Speech Task (IST)

Durante esta tarea los participantes deberán entregar un discurso improvisado de 10 minutos sobre tres tipos de temas (proporcionados por el investigador). Está formado por tres cómplices. Los sujetos tienen 3 minutos para la planificación del discurso y otros 3 minutos para terminarlo (De los Reyes, Burnnell y Beidel, 2013).

2.2. Evaluación cognitiva

En general, los modelos sobre las teorías cognitivas proponen que los individuos con ansiedad social poseen un esquema cognitivo maladaptativo que activa creencias específicas y duraderas, así como ciertas bases atencionales que se encuentran relacionadas (Turner, Joohnson, Beidel, Heiser y Lydiard, 2003). En esta línea, Caballo (2010) propone que la percepción y la evaluación cognitiva por parte de un individuo de las situaciones, estímulos y acontecimientos momentáneos están determinadas por un sistema persistente, integrado por abstracciones y concepciones del mundo, incluyendo los conceptos que tiene de sí mismo, así, las cogniciones del individuo pueden ayudar a obstaculizar su actuación social. Otras investigaciones sobre los aspectos cognitivos en ansiedad social asumieron que la ansiedad social es un producto de la reacción a la atención directa sobre uno mismo, denominada “autoconsciencia” (Fengstein, Sheier y Buss, 1975). Estos autores proponen dos tipos de autoconsciencia, una interna centrada

en los aspectos personales y más íntimos de nosotros mismos (privada) y otra externa o pública: aspectos de uno mismo que son mostrados públicamente (Fenigstein, Sheier y Buss, 1975). Por otra parte, uno de los primeros modelos empíricos sobre las dimensiones de la ansiedad social identificó los síntomas cognitivos como uno de los seis síntomas principales asociados a la ansiedad social (Gros, Simms y Antony, 2011). Por ello, tal como apuntan Pinto-Gouveia, Cunha y Salvador (2003) en la terapia cognitivo-conductual de fobia social es necesaria una evaluación integrada de la interacción social temida, de las situaciones de afrontamiento, así como de los comportamientos de seguridad y creencias de uno mismo y de los demás.

A pesar de que es clara la importancia de las cogniciones en buena parte de los problemas de interacción social, es necesario el desarrollo de procedimientos para evaluar autoverbalizaciones, expectativas, creencias y conocimientos de las reglas sociales. La posibilidad de evaluar estos componentes cognitivos en diferentes clases de respuesta nos podría dibujar un mapa de los elementos cognitivos asociados a cada habilidad social específica. No obstante, por ahora, tenemos escasos instrumentos para evaluar las diferentes cogniciones de los sujetos en situaciones interpersonales (Caballo, 2010).

Las principales escalas y cuestionarios utilizados para la evaluación cognitiva en ansiedad social son:

Emotion Regularion Questionnaire

Formado por una escala de autoeficacia de 8 ítems que mide la reevaluación de la autoeficacia cognitiva durante el mes anterior (Goldin, Manber-ball et al., 2009; Gross y John, 2003). Es una escala tipo Likert con un rango de 7 puntos (1= totalmente en desacuerdo y 7 = totalmente de acuerdo). Este cuestionario presenta una alta fiabilidad y validez (Gross y John, 2003).

Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE, Fear of Negative Evaluation Scale) (Watson y Friend, 1969) La FNE está compuesta por 30 ítems dicotómicos (verdadero-falso). La escala evalúa el componente cognitivo de la fobia social, en concreto el grado de ansiedad que las personas sienten ante la evaluación negativa de otros. El estudio de Garcia-Lopez et al. (2001) informa de sus buenas propiedades

psicométricas en adolescentes al igual que el estudio de Zubeidat, Salinas y Sierra (2007). Entre las limitaciones de la FNE es que contiene ítems repetitivos e imprecisos, respuestas dicotómicas, posibilidad de que mida sólo malestar general y el no discriminar entre diferentes trastornos de ansiedad, salvo fóbicos sociales (Badós, 2001). No obstante es sensible al cambio terapéutico y parece predecir la mejora a largo plazo tanto en población adolescente inglesa como española (Garcia-Lopez, Olivares, Vera-Villaroel, 2003; Zubeidat et al., 2006). Actualmente, existe un debate respecto a su uso, aunque algunos autores recomiendan que se utilice, ya que el miedo a la evaluación negativa es una característica de la fobia social y su disminución parece estar asociado con una mejoría clínicamente significativa (Badós, 2001).

Escala de Evaluación positiva del miedo (FPES, The Fear of Positive Evaluation Scale) (Weeks, Heimberg y Rodebaugh, 2007)

Weeks, Heimberg y Rodebaugh (2007) propusieron que la evaluación negativa del miedo es un rasgo fundamental en ansiedad social. Es un instrumento para adultos, formado por 10 ítems con una escala tipo Likert de 10 puntos (0-9). En línea a las investigaciones y recomendaciones de Marsh (1996), dos de los ítems (ítem 5 y 10) fueron inversos para reducir la tendencia a contestar todos los ítems de forma afirmativa. Por otro lado, los ítems del FPES fueron racionalmente generados y designados para evaluar exclusivamente el miedo a la evaluación positiva, así, los ítems que podrían ser interpretados como pertenecientes al temor de la evaluación negativa, incluyen una nota que especifica que la situación relevante implica el hecho de una evaluación positiva. Además, los ítems están estructurados para incorporar la dinámica de la jerarquía social. El FPES presenta buena validez y fiabilidad (Weeks, Heimberg y Rodebaugh, 2007). Por último, los estudios llevados a cabo por Weeks, Heimberg y Rodebaugh (2007) sugirieron que el miedo a la evaluación negativa y positiva contribuyen únicamente a la ansiedad durante la interacción social, reforzando así la hipótesis de Wallace y Alden (1995, 1997), quienes argumentan que los individuos con ansiedad social experimentan una reacción negativa a la valoración positiva debido a la preocupación de que una valoración inicial positiva puede conducir a una futura valoración negativa.

Escala de Creencias y Pensamientos Sociales (STABS, Social Thoughts and Beliefs Scale)

Se trata de un cuestionario con 21 ítems que pretende abordar los pensamientos sociales negativos que presentan las personas con ansiedad social ante situaciones sociales (Turner, Beidel, Heiser, Johnson y Lydiard, 2003; Gros y Sarver, 2014). Además, cuenta con una escala tipo Likert de 5 puntos (0-5). Se compone de dos subescalas: la primera basada en los pensamientos negativos durante la interacción social (STABS-SC) (creencia de que otras personas son más competentes socialmente) y otra subescala que aborda la creencia de incompetencia que una persona tiene sobre sí misma (STABS-SI) (Vagos, 2009; Vagos y Prereira, en revisión; Gros y Sarver, 2014). El STABS-SC contiene 10 ítems que evalúan la creencia de que otras personas son más socialmente expertas o competentes, por ejemplo *“cuando estoy con otras personas, no me siento capaz de defenderme”* o *“siento como si otras personas fuesen más inteligentes que yo”*. El STABS-SI contiene 11 ítems que tasan la creencia de que uno mismo se comportará de forma incompetente en situaciones sociales, como *“No sé cómo actuar cuando estoy con otras personas”* o *“Cuando otras personas se ríen, pienso que se están riendo de mí”* (Gros y Sarver, 2014). Algunos estudios han demostrado que este cuestionario está relacionado con otras medidas de ansiedad social (Fergus, Valentiner, Kim, Stephenson, 2009), además presentan una alta fiabilidad y validez test retest (Turner, Johnson, Beidel, Heiser y Lydiard, 2003; Gros y Sarver, 2014).

Como ventaja, su desarrollo inicial implicó muestras tanto de psicólogos y psiquiatras como de pacientes diagnosticados con ansiedad social y otros trastornos de ansiedad (Gros y Sarver, 2014).

Brief Fear of Negative Evaluation (BFNE, Leary, 1983)

Es una medida de autoinforme de 12 ítems sobre miedo y angustia relacionada con la evaluación negativa de los demás (rasgo principal de ansiedad social). Los ítems cuentan con una escala de tipo Likert con una puntuación de 5 (1-5), además presenta dos factores, uno formado por los ítems directos (BFNE-S) y el otro, por los inversos (Badós, 2005; Weeks, Heimberg y Rodebaugh, 2008). Según las investigaciones, se ha descubierto que los ocho ítems directos son los que presentan una mayor validez, fiabilidad y consistencia interna para el ámbito de investigación en estudiantes

universitarios (Rodebaugh et al., 2004) y clínico (Weeks et al., 2005). Esto puede deberse a que los ítems inversos pueden generar confusión (Badós, 2005).

Social Behaviour Questionnaire (SBQ) (Clark et al., 1995)

El SBQ es un cuestionario para adultos que valora la frecuencia en la que los sujetos con ansiedad social se involucran en 28 comportamientos de seguridad, como por ejemplo: evitar el contacto visual o ensayar lo que se va a decir (Hodson, McManus, Clark y Doll, 2008). Los estudios demuestran que el SBQ presentan altos niveles de consistencia interna (Hodson, McManus, Clark y Doll, 2008).

Social Cognitions Questionnaire (SCQ) (Wells, Stopa y Clark, 1993)

Cuestionario para adultos que presenta una lista de 22 tipos de miedos relacionados con la ansiedad social, tales como rumiar que se va a sonrojar o que los demás van a pensar que es aburrido. Además, evalúa la frecuencia en la que el sujeto ha tenido esos pensamientos durante la semana anterior. El SCQ presenta una alta consistencia interna (Hodson, McManus, Clark y Doll, 2008).

Focus of Attention Questionnaire (FAQ) (Woody, 1996)

Compuesto por dos subescalas de 5 ítems cada una. La primera subescala se centra en la atención centrada en sí mismo y la segunda subescala en la atención centrada hacia los demás. Por ejemplo: el sujeto deberá valorar el grado en el que centra su atención hacia la ansiedad que percibe o el grado en el que foca su atención a lo que otra persona puede estar pensando durante una situación social (Hodson, McManus, Clark y Doll, 2008). El FAQ está destinado a la población adulta con ansiedad social y presenta una consistencia interna excelente (Woody, Chambless y Glass, 1997).

Post Event Processing Questionnaire (PEP) (Rachman, Gruter-Andrew y Shafran, 2000)

Cuestionario para adultos de 13 ítems que valora el grado en el que los sujetos procesan la situación social ansiosa tras haber finalizado. Los sujetos deberán responder en una escala de 1 a 100 dependiendo del tiempo que hayan dedicado en procesar la situación social terminada, por ejemplo, cuánto tiempo dedicaban en pensar sobre la situación pasada y si les costaba olvidarse de ella. Este cuestionario presenta altos niveles de consistencia interna (Rachman et al., 2000; Hodson, McManus, Clark y Doll, 2008).

The social interaction and performance anxiety and avoidance scale (SIPAAS)

Desarrollado por Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. I., y Salvador, M. (2003) como un instrumento de autoinforme para la evaluación clínica del miedo y evitación en situaciones sociales. Esta nueva escala posee una buena fiabilidad y es capaz de discriminar a pacientes con fobia social generalizada de pacientes con fobia social no generalizada. No obstante, no es capaz de diferenciar a personas con ansiedad social no generalizada de otros trastornos de ansiedad. Por tanto, se aplica sólo a los individuos cuyos miedos incluyen la mayor parte de situaciones sociales (Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. I., y Salvador, M., 2003).

Por otra parte, otros estudios han comprobado que esta escala presenta correlaciones altas con los cuestionarios SAD y FNE (Heimberg et al., 1999; Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. I., y Salvador, M., 2003).

Por último, como ventaja, cabe destacar el ahorro de tiempo hacia el clínico así como su fácil administración (ya que puede reexaminarse durante la entrevista con el paciente) (Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. I., y Salvador, M., 2003).

The social Phobia Safety Behaviours scale (SPSBS)

Está basado en entrevistas clínicas de fobia social, compuesto por 17 ítems calificados de uno a cuatro puntos (siendo 1 nunca y 4 siempre) y unas líneas al final donde los individuos pueden añadir algún comentario sobre sus conductas. Fue desarrollado para evaluar los comportamientos de seguridad que los individuos con ansiedad social presentan en situaciones sociales temidas. Debe ser utilizado junto al SIPAAS ya que es crucial para el tratamiento cognitivo de la fobia social (Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. I., y Salvador, M., 2003).

Como se ha dicho en la escala anterior (SIPAAS), el SPSBS también presenta una fiabilidad aceptable y es capaz de discriminar los factores de la ansiedad social generalizada de la no generalizada y otros trastornos de ansiedad. No obstante, presenta limitaciones, como es su brevedad. Esto se debe a que los comportamientos sociales de seguridad son muy idiosincrásicos y la introducción de todos ellos causaría una escala demasiado larga, siendo, incluso, inaceptable por los estudios de correlación. Además, las líneas en blanco permiten a los sujetos añadir otros comportamientos de seguridad

que ellos consideren relevantes, que en términos clínicos, esa información no es desechada. Por último, los ítems 16 y 17 no han sido evaluados, lo que según Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. I., y Salvador, M., (2003) deberían ser estudiados e investigados.

Como conclusión, las escalas anteriores (SIPAAS y SPSBS) necesitan ser investigadas más afondo, ya que durante su estudio se presentaron dos limitaciones generales: las escalas fueron desarrolladas y evaluadas en la misma muestra. Dicha muestra estaba formada por algunas personas con trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de pánico. Aún así, parecen ser instrumentos prometedores para la evaluación clínica y de investigación del miedo y la evitación en situaciones sociales y comportamientos de seguridad que las personas con ansiedad social presentan en situaciones sociales temidas (Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. I., y Salvador, M., 2003).

Probability/Cost Questionnaire for Children (PCQ-C)

Cuestionario desarrollado por Foa, Franklin, Perry y Herbert (1996). Consiste en 40 ítems que miden dos tipos de situaciones: 20 ítems tasan situaciones o eventos no sociales negativos (por ejemplo: perder la mochila) y los 20 ítems restantes evalúan situaciones sociales negativas (Ej.: ser ignorado por una persona conocida). El PCQ-C es una modificación de la versión original con el objetivo de que fuese aplicable y comprensible para niños y adolescentes (18 ítems fueron adaptados en un lenguaje comprensible para los adolescentes, además se incluyeron situaciones sociales y no sociales comunes de un chico/a adolescente). Está formado por cuatro subescalas (probabilidad social, probabilidad no social, coste social y coste no social) con una escala tipo Likert de 9 puntos (0-8). Las investigaciones asumen que las subescalas del PCQ original muestran una consistencia interna adecuada, así como una excelente fiabilidad test-retest (Foa et al., 1996). Por otro lado, dado que fue modificado para su uso con niños y adolescentes, sus propiedades psicométricas son desconocidas (Rheingold, Herbert y Franklin, 2003). No obstante, durante una de las investigaciones llevadas a cabo por Rheingold, Herbert y Franklin (2003) se examinó las propiedades psicométricas con los participantes de su estudio, dando un resultado positivo, es decir, demostraron una alta consistencia interna, correlación y fiabilidad test-retest.

Self-Beliefs in Social Anxiety Scale (SBSA)

Escala de 15 ítems desarrollada por Wong y Moulds (2009) con el objetivo de evaluar los tipos de creencias propuestos en el modelo de Clark y Wells (1995). Según estos autores, existen tres tipos principales de autocreencias maladaptativas que se mantienen en los individuos con ansiedad social cuando perciben como amenazante las situaciones sociales. Tales autocreencias son: altos estándares de desempeño social (debo dar una buena impresión), creencias condicionales basadas en la evaluación social (si los demás me ven preocupado, pensarán que soy débil) y creencias incondicionales sobre sí mismo (la gente piensa mal sobre mí). En el SBSA, los participantes deberán tasar el grado en el que ellos están de acuerdo con las creencias descritas a través de una escala de tipo Likert de 11 puntos (0-10). Incluye cuatro ítems que evalúa los altos estándares de desempeño social (ítems 1, 7, 8 y 11), siete ítems que miden las creencias condicionales sobre la evaluación social (ítems 2, 5, 6, 9, 12, 13 y 15) y, por último, cuatro ítems que tasa las creencias incondicionales sobre sí mismo (ítems 3, 4, 10 y 14) (Heeran, Ceschi, Wong, Moulds y Philippot, 2014). Los estudios de Wong y Moulds (2009) mostraron una alta validez y fiabilidad. En la misma línea, Heeran, Ceschi, Wong, Moulds y Philippot (2014) publicaron que la versión del SBSA en francés presentaba apoyo psicométrico y además, que dicha escala podía ser utilizada en personas de diferentes edades y de diferentes niveles socioeconómicos. No obstante, estas investigaciones sobre la versión francesa del SBSA presentaron varias limitaciones (uso de una muestra no clínica y con educación, investigación sólo de la validez de construcción) por lo que estos autores sugieren que debería tenerse en cuenta tales condiciones para futuros estudios (Heeran, Ceschi, Wong, Moulds y Philippot, 2014).

Appraisal of Social Concerns Scale (ASC)

Desarrollado por Telch, Lucas, Smits, Powers, Heimberg y Hart (2004). El ASC es una escala de 20 ítems que pide a los participantes medir su grado de preocupación por los síntomas de ansiedad, el deterioro de su rendimiento y las respuestas negativas de los demás en una situación social (Smits, Rosenfield, McDonald y Telch, 2006). La escala presenta apoyo psicométrico con una excelente fiabilidad y validez (Schultz et al., en prensa; Telch et al., 2004).

Children's Interpretation and Emotional Cost Questionnaire: Self-referent version (CIECQ-Self) o también llamado **Social Events Interpretation Questionnaire (SEIQ)** (adaptado por Vassilopoulos, 2006; y Vassilopoulos y Banerjee, 2008)

El CIECQ-Self fue diseñado para medir las interpretaciones y los sesgos de juicios en adolescentes con ansiedad social. Contiene seis descripciones sobre situaciones sociales y situaciones ambiguas no sociales. Las situaciones reflejan eventos que comúnmente ocurren y son relevantes para esta categoría de edad, así como invitar a un compañero de clase atractivo a tu cumpleaños. Los escenarios no sociales se centran en eventos que no presenta ningún tipo de impacto al sujeto ni ninguna amenaza social evaluativa, un ejemplo sería preguntarse por qué la bicicleta recién reparada vuelve hacer un ruido extraño (Vassilopoulos y Banerjee, 2011). Cada situación va acompañada por dos pensamientos que pueden suceder ante estas situaciones. Uno de los pensamientos se centra en la interpretación negativa sobre sí mismo en dicha situación y la otra, sobre una interpretación neutra. Por ejemplo, invitas a un grupo de compañeros de clases a tu fiesta de cumpleaños, pero muchos de ellos aún no han confirmado la invitación. Entonces, puedes pensar:

- a) “Ellos no quieren venir porque no les caigo bien”: *pensamiento negativo*
- b) “Ellos aún no saben si pueden venir o no”: *pensamiento neutro*

Los sujetos deberán responder en una escala de tipo Likert de 5 puntos (1-5). Por último, esta escala presenta una alfa de Cronbach alta-moderada (Vassilopoulos y Banerjee, 2011).

Children's Interpretation and Emotional Cost Questionnaire: Other-referent version

Esta versión incluye algunos ítems idénticos de la escala anterior (CIECQ-Self), la diferencia está en que los acontecimientos son redactados de forma hipotética, es decir, como si le ocurriese a otro niño o adolescente de la misma edad y sexo. Así, los participantes deberán valorar las interpretaciones y la reacción emocional mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos, según el grado en el que crean qué interpretación o pensamiento será más probable que se produzca en cada situación y cómo se sentirían (Vassilopoulos y Banerjee, 2011). Por último, este cuestionario muestra una alta Alfa de Cronbach (Vassilopoulos y Banerjee, 2011).

Imaginary Audiene Scale (IAS)

Desarrollada por Elkind y Bowen (1979). Presenta dos subescalas que miden dos tipos de IA (IA: Imaginary Audience (audiencia imaginaria), referida a la tendencia de dirigir nuestra atención a la representación cognitiva de los puntos de vistas propios o de los demás (Elkind, 1967)). La primera medida de IA o subescala se centra en los aspectos transitorios del aspecto físico y la segunda sobre la personalidad y los sentimientos internos. Cada subescala está formada por seis situaciones hipotéticas (6 ítems), en las que los sujetos deberán elegir una de las tres reacciones posibles en cada situación (Mallet, P. y Rodríguez-Tomé, G., 1999). Por último, a nivel psicométrico, cabe decir que el IAS presenta una consistencia interna moderada.

The Irrational Beliefs Test (IBT)

Desarrollado por Jones (1968) para evaluar el nivel de aprobación de 10 creencias irracionales basadas en el trabajo de Ellis (1962). Este instrumento se compone de 100 ítems divididos en 10 subescalas (10 ítems cada subescala) medidos a través de una escala tipo Likert de 5 puntos. Presenta apoyo psicométrico para la población clínica adulta (Gormally, Sipps, Raphael, Edwin y Varvil-Weld, 1981).

The Situational Expectancies Inventory (SEI)

Diseñado por Gormally, Sipps, Raphael, Edwin y Varvil-Weld (1981) para valorar el riesgo subjetivo que atañe las oberturas sociales a las mujeres. Este instrumento describe 4 situaciones sociales problemáticas por hombres. Los sujetos deberán responder de acuerdo a cómo se sentirían después de dos resultados posibles (acertación o rechazo) medido en una escala de -100 a +100. El riesgo subjetivo se definió como el producto del valor del rechazo y la probabilidad de ser rechazado. Este instrumento presenta una buena consistencia interna (Gormally, Sipps, Raphael, Edwin y Varvil-Weld, 1981).

The Negative Affectivity Self-Statement Questionnaire (NASSQ)

Cuestionario destinado a la población infanto-juvenil, formado por 57 declaraciones sobre ansiedad o depresión (“Me voy a poner en ridículo” o “No puedo parar de gritar”) y 13 autodeclaraciones positivas (“Me siento bien”) con una escala tipo Likert de 5 puntos (1-5) que representa la frecuencia con la que los individuos tienen cada pensamiento durante la semana anterior (Ronan et al., 1994). El NASSQ fue

desarrollado a través de ítems generados por la juventud (niños de un rango de edad de 7 a 15 años) que registraron los pensamientos que ellos experimentaron imaginándose situaciones que les producían ansiedad, situaciones neutras o felices. Por último, este instrumento presenta apoyo psicométrico con una excelente validez y fiabilidad (Kendall, 1997; Ronan et al., 1994; Treadwell y Kendall, 1996).

3. Discusión

El trastorno de ansiedad social en niños y adolescentes es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes que requieren un tratamiento precoz, ya que este trastorno conduce a un deterioro significativo en la vida de cada individuo estimulando el riesgo del desarrollo social y emocional durante la infancia y la juventud (Siess, Blechert y Schmitz, 2013). Las investigaciones muestran que las causas del deterioro durante el desarrollo normal del niño están basadas en los componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales (también presente en la edad adulta). Esto nos hace pensar en que es necesaria una evaluación eficiente para un diagnóstico precoz de ansiedad social y su consiguiente tratamiento. Así, podríamos proporcionar a los sujetos con ansiedad social oportunidades que rutinariamente evitan por miedo al fracaso y promover un crecimiento y desarrollo personal adecuado.

Por otra parte, a pesar de los instrumentos que podemos encontrar, aún, hoy en día precisamos de escasos procedimientos de evaluación observacional y cognitiva que midan tales aspectos de la ansiedad social tanto en la población infanto-juvenil como en la adulta. Desgraciadamente, esto nos causa que no obtengamos una evaluación observacional adecuada que nos proporciona datos más fiables y directos sobre los componentes verbales, no verbales y paralingüísticos de las habilidades sociales de los sujetos, así como una mayor claridad sobre cómo los sujetos interaccionan con sus iguales. En el caso de la evaluación cognitiva, no obtendremos la mayor parte de la información que nos proporcionan los problemas de interacción social que se encuentra en las autoverbalizaciones, las expectativas, creencias y conocimientos de las reglas sociales.

En definitiva, la evaluación tanto observacional como cognitiva en ansiedad social proporcionaría tanto a los investigadores como clínicos esclarecer los elementos que provocan ansiedad. Por todo ello, se considera acertada la realización de estudios futuros para lograr una lista válida y amplia de instrumentos que evalúen tales aspectos.

Referencias

- Albano, A. M. y Detweiler, M. F. (2001). The developmental and clinical impact of social anxiety and social phobia in children and adolescents. In S.G. Hofmann and P.M. Di-Bartolo, (Eds.), *From social anxiety to social phobia* (pp. 162-178). MA: Allyn y Bacon
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (cuarta edición, texto revisado). Washington, DC: APA.
- Badós, A. (2001). *Fobia Social*. Madrid: Síntesis.
- Badós, A. (2005). *Fobia Social: Naturaleza, Evaluación y Tratamiento Psicológico*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.
- Baggs, K. y Spence, S. H. (1990). Effectiveness of booster sessions in the maintenance and enhancement of treatment gains following assertion training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 845-854.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S.; Stein, M. B., Ho, M., Lieb, R. y Hans-Ulrich Wittchen, H-U. (2007). Incidence of Social Anxiety Disorder and the Consistent Risk for Secondary Depression in the First Three Decades of Life. *Archives General Psychiatry*, 64(8):903-912.
- Beesdo K., Knappe, S., Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics North America*, 32, 483-524.
- Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beidel, D. C. y Turner, S. M. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorders*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 643-650.
- Beidel, D.C., Ferrell, C., Alfano, C.A. y Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 831-846.
- Bellack, A. S., Hersen, M., y Lamparski, D. (1979). Role-play tests for Assessing social skills: Are they valid? Are they useful? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 335-342.

- Bellack, A. S., Hersen, M., y Turner, S. M. (1979). The relationship of role Playing and knowledge of appropriate behavior to assertion in the Natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 670-678.
- Bögels, S. y Zigterman, D. (2000). Dysfunctional Cognitions in Children with Social Phobia, Separation Anxiety Disorder, and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28, 205-211.
- Burstein, M., He, J-P., Kattan, G., Albano, A. M., Avenevoli, S. y Merikangas, K. R. (2011). Social Phobia and Subtypes in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and Comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 870-880.
- Caballo, V. E., González, S., Alonso, V. e Iruña M. J. (2007). El Cuestionario de Interacción Social para Niños (CISO-N): un nuevo instrumento para la evaluación de la ansiedad social en niños. *Psicología Conductual*, 15, 77-93.
- Campbell, A. J., Cumming, S. R. y Hughes, I. (2006). Internet Use by the Socially Fearful: Addiction or Therapy? *CyberPsychology & Behavior*, 9, 69-81.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K. y Stein, M. T. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 163-171.
- Chou, K. L. (2009). Social anxiety disorder in older adults: evidence from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Affective Disorders*, 119, 76–83.
- Costello, E.J., Egger, H.L. y Angold., A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. En T.H. Ollendick y J.S. March (Eds.), *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 61-91). New York: Oxford University Press.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844
- Curran, J. P. (1982). A procedure for the assessment of social skills: The Simulated Social Interactions Test. In J. P. Curran & P. M. Monti (Eds.), *Social Skills training: A practical handbook for assessment and treatment* (pp. 313-347). New York: Guilford Press.

- Davidson, J. R. T., Hughes, D. L., George, L. K. y Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 23, 709-718.
- De los Reyes, A., Bunnell, B. y Beider, D. (2013). Informant Discrepancies in Adult Social Anxiety Disorder Assessments: Links With Contextual Variations in Observed Behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 376-386. doi: 10.1037/a0031150
- Donahoe, C. P., Carter, M. J., Bloem, W. D., Hirsch, G. L., Laasi, N. y Wallace, C. L. (1990). Assessment of interpersonal problem-solving skills. *Psychiatry*, 53, 329-339.
- Donahoe, C. P., Carter, M. J., Bloem, W. D. y Leff, G. (1984). *Assessment of interpersonal problem-solving skills*. Unpublished test manual, West Los Angeles Veterans Affairs Medical Center.
- Eisler, R. M., Hersen, M., Miller, P. M. y Blanchard, E. B. (1975). Situational determinants of assertive behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 330-340.
- Essau, C.A., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Vivani, B., Salmoria, R. y Perone, A. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *European Psychiatry*, 15, 17-24.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F. y Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 257-265.
- García-López, L. J. (2007). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis doctoral publicada. Universidad de Murcia: Servicio de Publicaciones
- García-López, L. J. (2007). *Trastorno de ansiedad social: estado actual en población infanto-juvenil*. En P. Berrios y M.M. Ramos: Investigación en Psicología. Investigación en Psicología Aplicada (vol. II) (pp. 13-34). Universidad de Jaén: Servicio de Publicaciones.
- García-López, L. J., Irurtia, M. J., Caballo, V. E. y Díaz-Castela, M. M. (2011). Ansiedad social y abuso psicológico. *Psicología Conductual*, 19, 223-236.

- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (2001). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale and the Social Avoidance Distress Scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.
- Gren-Landell, M., Tillfors, M., Furmark, T., Bohlin, G., Andersson, G. y Svedin, C. G. (2009). Social phobia in Swedish adolescents: prevalence and gender differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 1-7.
- Gorecki, P. R., Dickson, A. L., Anderson, H. N., y Jones, G. E. (1981). Relationship between contrived in vivo and role-play assertive behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 104-107.
- Goldin, P., Zir, M., Jazaieri, H., Werner, K., Kraemer, H., Heimberg, R. y Gross, J. (2012). Cognitive Reappraisal Self-Efficacy Mediates the Effects of Individual Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. *American Psychological Association*, 80, 1034-1040. doi: 10.1037/a0028555
- Gros, D. y Sarver, N. (2014). An investigation of the psychometric properties of the Social Thoughts and Beliefs Scale (STABS) and structure of cognitive symptoms in participants with social anxiety disorder and healthy controls. *Journal of Anxiety Disorders* 3, 283,290.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G. Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonson, J. y el Grupo ESEMeD-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Médecina Clínica*, 126, 445-451.
- Haynes, S. y O'Brien (2000). Principles of behavioral assessment: A functional approach to psychological assessment. New York: Plenum/Klewer.
- Hayward, C., Wilson, K. A., Lagle, K., Kraemer, H. C., Killen, J. D. y Taylor, C. B. (2008). The developmental psychology of social anxiety in adolescents. *Depression and Anxiety*, 25, 200-206.
- Heeren, A., Ceschi, G., Wong, Q., Moulds, M. y Philippot, P. (2014). Probing the Structural Validity of the Self-Beliefs in Social Anxiety Scale (SBSA): Adaptation and Validation in a French-Speaking Community Sample. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4, 506-513.
- Hodson, K. T., McManus, F. V., Clarck, D. M. y Doll, H. (2008). Can Clarck and Well's (1995) Cognitive Model of Social Phobia be Applied to Young People?

- Behavioral and Cognitive Psychology* 36, pp: 449-461. doi: 10.1017/S1352465808114487
- Inglés, C. J., La Greca, A. M., Marzo, J. C., Garcia-Lopez, L. J. y Garcia-Fernandez, J. M. (2010). Social Anxiety Scale for Adolescents: Factorial invariance and latent mean differences across gender and age in Spanish adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 847–855.
- Inglés, C. J., Marzo, J. C., Hidalgo, M. D., Zhou, X. y García-Fernández, J. M. (2011). Factorial invariance of the Questionnaire about Interpersonal Difficulties for Adolescents across Spanish and Chinese adolescent samples. *Measuring and Evaluation in Counseling and Development*
- Inglés, C. J., Martínez-Monteagudo, M. C., Delgado, B., Torregrosa, M. S., Redondo, J., Benavides, G., García-Fernández, J. M., y García-López, L. J. (2008). Prevalencia de la conducta agresiva, conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de adolescentes españoles: un estudio comparativo. *Infancia y Aprendizaje*, 31, 449-461.
- Inglés, C. J., Méndez, F. X. e Hidalgo, M. D. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿Factor de riesgo de fobia social? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 91-104.
- Inglés, C. J., Piqueras, J. A., García-Fernández, J. M., García-López, L. J., Delgado, B. y Ruiz-Esteban, C. (2010). Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema*, 22, 376-381.
- Inglés, C. J., Piqueras, J. A., García-Fernández, J. M., García-López, L. J., Delgado, B. y Ruiz-Esteban, C. (2011). Gender and age differences in cognitive, psychophysiological and behavioural responses of social anxiety in adolescence. *Psychology in Spain*, 15, 80-86.
- Inglés, C. J., Piqueras, J. A., García-Fernández, J. M., García-López, L. J., Delgado, B. y Ruiz-Esteban, C. (2011). Gender and age differences in cognitive, psychophysiological and behavioural responses of social anxiety in adolescence. *Psychology in Spain*, 15, 80-86.
- Juvonen, J., Graham, S. y Schuster, M. A. (2003). Bullying among young adolescents: The strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics*, 112, 1231–1237.
- Kern, J. M. (1991). An evaluation of a novel role-play methodology: The standardized idiographic approach. *Behavior Therapy*, 22, 13-29.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Kessler, R., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
- Klein, R. G. (2009). Anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50, 153-162.
- Kushner, M. G., Sher, K. J. y Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 685-695.
- La Greca, A. M. y Harrison, H. M. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 49–61.
- Lang, K. A., Mueller, J. H. y Nelson, R. E. (1983). Test anxiety and self-schemas. *Motivation and Emotion*, 7, 169-178
- Lindner, P., Martell, C., Bergström, J., Andersson G., y Carlbring, P. (2013). Supplementary material to: Clinical validation of a non-heteronormative version of the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 209. doi: 10.1186/1477-7525-11-209
- Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H-U., McGonagle, K.A. y Kessler, R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 53:159-168.
- Mallet, P. y Rodríguez-Tomé, G. (1999). Social anxiety with peers in 9 – to 14- years olds. Developmental process and relations with self-consciousness’ and perceived peer acceptance. *European Journal of Psychology of Education* 3, 387-402.
- Mesa, F., Nieves, M. M. y Beidel, D. C. (2011). Clinical Presentation of Social Anxiety Disorder in Adolescents and Young Adults. En C. A. Alfano (dir) y D. C. Beidel (dir), *Social Anxiety in Adolescents and Young adults*, (pp. 11-27). Washington: American Psychological Association

- Norton, P. y Hope, D. (2001). Analogue Observational Methods in the Assessment of Social Functioning in Adults. *Psychological Assessment* 13, 59-72. doi: 10.1037//1040-3590.13.1.59
- Ohayon, M. M. y Schatzberg, A. F. (2010). Social phobia and depression: prevalence and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 235–243.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., La Greca, A. M, Turner, S. M. y Beidel, D. C. (2002). A pilot study on normative data for two social anxiety measures: The Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social Anxiety for Adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 467-476.
- Olivares, J. y Caballo, V. E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 483-515.
- Olivares, J., Caballo, V. E., García-López, L. J., Rosa, A. I. y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre la fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11, 405-428.
- Olivares, J., (2005). *Programa IAFS. Protocolo para la intervención en adolescentes con fobia social*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Piqueras, J.A. y Rosa, A.I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes, *Psicothema*, 18, 207-212.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. I., y Salvador, M. (2003). Assessment Of Social Phobia By Self-Report Questionnaires: The Social Interaction And Performance Anxiety And Avoidance Scale And The Social Phobia Safety Behaviours Scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 291-311.
- Piqueras, J.A., Olivares, J. y López-Pina, J.A. (2008). A new proposal for the subtypes of social phobia in a sample of Spanish adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 67-77.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Pelkonen, M. y Marttunen, M. (2009). Associations between peer victimization, self-reported depression and social phobia among adolescents: The role of comorbidity. *Journal of Adolescence*, 32, 77-93.
- Rheingold, A., Herbert, J. y Franklin, M. (2003). Cognitive Bias in Adolescents with Social Anxiety Disorder. *Cognitive therapy and Research* 27, pp: 639-655.
- Rubin, K. y Nelson, L. (1999). The transaction between parents perceptions of their children's shyness and their parenting styles. *Internacional Journal of Behavioral Development*, 23, 937-957.

- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, y Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 15-28.
- Schneider, B. H. (2009). An observational study of the interactions of socially withdrawn/anxious early adolescents and their friends. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50, pp: 799-806.
- Shepherd, R. M. y Edelmann, R. J. (2005). Reasons for Internet use and social anxiety. *Personality and Individual Differences*, 39, 949-958.
- Siess, J., Blechert, J. y Schmitz, J. (2013). Psychophysiological arousal and biased perception of bodily anxiety symptoms in socially anxious children and adolescents: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry* 23, pp: 127-42. doi: 10.1007/s00787-013-04443-5
- Smits, A., Rosenfield, D., McDonald, R. y Telch, M., (2006). Cognitive Mechanisms of Social Anxiety Reduction: An examination of Specificity and Temporality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1203-1212.
- Sood, E. D. y Kendall, P. C. (2007). Assessing Anxious Self-Talk in Youth: The Negative Affectivity Self-Statement Questionnaire-Anxiety Scale. *Cognitive, therapy and research* 31, 603-318.
- St. Lawrence, J.S., Kirksey, W. A., y Moore, T. (1983). External validity of role play assessment of assertive behavior. *Journal of Behavioral Assessment*, 5, 25-34.
- Turner, S., Johnson, M., Beidel, D., Heiser, N., y Lydiard, B. (2003). The Social Thoughts and Beliefs Scale: A New Inventory for Assessing Cognitions in Social Phobia. *Psychological Assessment* 3, 384-391.
- Storch, E. A. y Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 27, 351-362.
- Vagos, L. (2009). Cognitive, Affective and behavioral correlates of social anxiety in adolescence. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 293-302.
- Vassilopoulos, S. P., Moberly, N. y Douratsou, K. (2011). Social Anxiety and the Interaction of Imagery and Interpretations in Children: An Experimental Test of the Combined Cognitive Biases Hypothesis. *Springer Science* 36, 548-559. doi: 10.1007/s10608-011-9382-y

- Vassilopoulos, S. P., Banerjee, R. (2012). Social Anxiety and Content Specificity of Interpretation and Judgemental Bias in Children. *Infant and Child Development*, 3, 298-309. doi: 10.1002/icd.746
- Weeks, J., Heimberg, R. y Rodebaugh, T. (2008). The Fear of Positive Evaluation Scale: Assessing a proposed cognitive component of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders* 22, 44-55.
- Weinstock, L. S. (1999). Gender differences in the presentation and management of social anxiety disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 9-13.
- Wessberg, H. W., Marriotto, M. J., Conger, A., Farrell, A. D., y Conger, J. C. (1979). The ecological validity of role plays for assessing heterosocial anxiety and skill of male college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 525-535.
- Wittchen, H.-U., Stein, M.B. y Kessler, R.C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Wittchen, H. U. y Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 4-18.
- Yen, J-Y., Ko, C-H., Yen, C-F., Wu, H-Y. y Yang, M-J. (2007). The Comorbid Psychiatric Symptoms of Internet Addiction: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), Depression, Social Phobia, and Hostility. *Journal of Adolescent Health*, 41, 93-98.
- Zhou, X., Xu, Q., Inglés, C. J., Hidalgo, M. D. y La Greca, A. M. (2008). Reliability and validity of the Chinese version of the Social Anxiety Scale for Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 39, 185-200.
- Zubeidat, I. (2005). *Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Zubeidat, I., Salinas, J.M. y Sierra, J. C. (2007). Escala de Miedo a la Evaluación Negativa y escala de Evitación y Malestar Social: fiabilidad y validez en una muestra de adolescentes españoles. *Clínica y Salud*, 18, 57-81.