

ESTRATEGIAS DE EVALUACION COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA FOBIA SOCIAL

Haydeé Aguado Molina¹

Edwin Manrique Gálvez²

Raquel Silberman Pach³

La fobia social es uno de los más prominentes trastornos de ansiedad y, de acuerdo a trabajos recientes, el más extendido desorden de ansiedad en la población general. En esta revisión, se describen los rasgos clínicos esenciales de la fobia social y las diferentes estrategias de evaluación que se suelen implementar en la Terapia Cognitivo-Conductual.

El proceso de evaluación integral de la fobia social incluye procedimientos de entrevista clínica, utilización de escalas de evaluación clínica, aplicación de medidas de autoinforme pertinentes, estrategias de evaluación cognitiva, pruebas de evaluación conductual (BATs), implementación de autorregistros y, por supuesto, la evaluación de los constructos relacionados más relevantes. Se incluye una breve descripción de las más importantes medidas de autorreporte en la evaluación de la fobia social, así como una muestra de algunas de éstas.

Palabras clave: *Fobia Social – Evaluación Cognitivo-Conductual*

Social phobia is one of the most prominent anxiety disorders, and the most extended in general population, according to recent reports. We describe essential clinical traits of social phobia and the different strategies of evaluation used in behavioral-cognitive therapy.

Integral evaluation process of social phobia includes procedures of clinical interview, use of clinical evaluation scales, application of self-report measurements, cognitive evaluation strategies, behavioral assessments tests (BATs), self-reports implementation and, of course, evaluation of the most relevant constructs. We include a brief description of the most important self-report measurements, and a sample of some of them.

Key words: *Social phobia – Cognitive-Behavioral Evaluation*

¹ Psicóloga, Directora del Programa de Especialización en Terapia Cognitivo-Conductual (PROMOTEC)

² Psicólogo, Unidad de Epidemiología, Docencia e Investigación – Hospital Hermilio Valdizán

³ Psicóloga, Clínica Javier Prado. Docente de PROMOTEC

La fobia social se define en el DSM-IV (APA, 1994) como un “temor Acusado y persistente a una o más situaciones sociales o de actuación en público en las que la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás. El sujeto teme actuar de alguna manera (o mostrar síntomas de ansiedad) que pueda ser humillante o embarazosa”. Los resultados de recientes estudios epidemiológicos indican que la fobia social es el más extendido desorden de ansiedad, y el tercer desorden psicológico más común en la población general. Alrededor de un 13.3 % de los adultos (11 % de hombres y 15.5 % de mujeres) reúnen los criterios para una fobia social en algún punto de sus vidas, y su prevalencia se ha incrementado significativamente en recientes cohortes (Heimberg, Stein, Hiripi & Kessler, 2000).

En esta revisión, se ofrece una breve descripción clínica de la fobia social y una perspectiva esquemática de algunos problemas que son relevantes a su evaluación. Las medidas de autoinforme que se describen brevemente, son parte de una recopilación más extensa de instrumentos de evaluación de los diferentes trastornos de ansiedad.

Descripción Clínica de la Fobia Social

La fobia social está caracterizada por un miedo intenso y persistente a las situaciones sociales donde la persona podría ser objeto de escrutinio o donde podría experimentar vergüenza y humillación. La exposición a las situaciones temidas casi siempre suscita una intensa respuesta de ansiedad que puede incluir ataques de pánico completos. Las situaciones sociales son habitualmente evitadas, aun cuando la persona puede esforzarse para soportar una situación social a pesar de la extrema perturbación. También es común que se presente una significativa ansiedad anticipatoria con respecto a las situaciones sociales inminentes. Para que una persona adulta sea diagnosticada con una fobia social, debe

reconocer que el miedo es excesivo; además, el miedo y/o la evitación deben causar una marcada perturbación o una interferencia significativa en el funcionamiento de la vida de la persona (American Psychiatric Association {APA}, 1994).

Las situaciones que habitualmente son temidas por las personas con fobia social se ubican en dos dominios: interacciones sociales y situaciones de desempeño. Las situaciones de interacción social incluyen eventos como iniciar y mantener conversaciones casuales, reunirse con nuevas personas, citas, hablar a figuras de autoridad y mostrarse asertivo. Las situaciones de desempeño incluyen aspectos como hablar en público, escribir (p.e. firmar un cheque), comer o utilizar baños públicos mientras hay otra gente presente, o desempeñarse al frente de otros (p.e., practicar deportes o participar en un concierto o recital). La fobia social puede ser tipificada como generalizada cuando los miedos sociales de la persona están presentes en la mayor parte de las situaciones sociales (APA, 1994).

Aproximadamente una tercera parte de la gente con fobia social reporta que solo experimenta miedo para hablar en público, en tanto que los dos tercios restantes reportan al menos un miedo social adicional. Las personas que experimentan miedo para hablar en público experimentan una fobia social que es menos crónica, menos perjudicial y con una menor probabilidad de comorbilidad con otros desórdenes (Kessler, Stein & Berglund, 1998).

Tres Componentes de la Fobia Social

En un esfuerzo para definir la timidez y la ansiedad social, Cheek & Watson (1989) encuestaron a 180 personas tímidas acerca de los tipos de experiencias que están asociadas con estos problemas. El 84% de las respuestas de los participantes en la encuesta cayó en una de tres categorías: *aspectos físicos de la ansiedad social* (p.e. sentimientos y sensaciones incómo-

das), *aspectos cognitivos de la ansiedad social* (p.e. pensamientos, expectativas y predicciones ansiosas), y los *aspectos conductuales de la ansiedad social* (p.e. evitación de situaciones sociales).

Los tratamientos cognitivo-conductuales para superar la ansiedad social alientan a la gente a pensar su fobia social en términos de tres componentes. En otras palabras, cuando la gente se está sintiendo ansiosa, se la alienta a prestar atención a las cosas que sienten, piensan y hacen. Uno de los primeros pasos para superar los problemas con la fobia social es descomponerla en sus componentes. El que la persona vea su ansiedad en términos de estos pequeños componentes le ayuda a asumir el problema como menos abrumador, a comprender las variables que contribuyen a su ansiedad, y le provee un contexto en el cual utilizar estrategias específicas para cada componente (Antony & Swinson, 2000).

Sensaciones Físicas: Hay una serie de sensaciones físicas que están típicamente asociados con la ansiedad y el miedo en situaciones sociales (corazón acelerado o que golpea fuerte, sofocamiento o sensación de estar ahogado, vértigo o mareo, dificultad para tragar saliva, sensación de asfixia, o un “nudo” en la garganta, estremecimiento o temblor, rubor, náuseas, diarrea o “mariposas” en el estómago, sudoración excesiva, temblor o voz temblorosa, llanto, etc.). Aún cuando estas sensaciones incluyen un amplio rango de síntomas de activación, la gente con fobia social frecuentemente teme a los síntomas que pueden ser observados por otras personas. Éstos incluyen síntomas como manos temblorosas, sudoración, rubor y voz temblorosa.

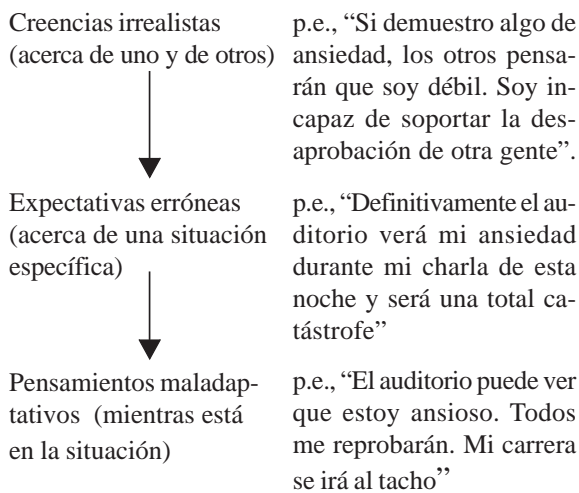
La gente que experimenta una fobia social difiere una de otra con respecto a las maneras específicas en que experimenta estos síntomas físicos cuando se encuentra ansiosa. Alguna gente reporta muchos diferentes síntomas físicos. Otra gente reporta sólo unos pocos de estos sentimientos. De hecho, alguna gente no es consciente de ninguna sensación física cuando se siente ansiosa.

Pensamientos y Fobia Social: Estrictamente hablando, la gente no reacciona emocionalmente frente a las situaciones y eventos en sus vidas. Más bien, reacciona emocionalmente frente a sus *creencias e interpretaciones* acerca de estos eventos y situaciones. En otras palabras, dada una idéntica situación, varias personas podrían tener respuestas emocionales completamente diferentes, dependiendo de sus creencias respecto a la situación.

Hay una buena probabilidad de que las personas con fobia social interpreten una determinada situación como amenazante, o que elaboren predicciones negativas frente a eventos futuros. Cuanto más frecuentemente experimenta una persona ansiedad social o de desempeño, es mucho más probable que se ocupe en patrones de pensamientos ansiosos. Las creencias ansiosas que habitualmente son sostenidas por la gente con fobia social incluye pensamientos negativos como “si no le agrado a mi jefe, seré despedido”, “si cometo un error, la gente va experimentar cólera conmigo”, “es terrible ruborizarse, temblar o sudar al frente de otros”, “la gente se dará cuenta de que estoy ansioso”, “la ansiedad es un signo de debilidad”, etc.

Se ha llegado a plantear que en la fobia social confluyen tres elementos cognitivos claves interactuantes: las creencias irrealistas, las expectativas erróneas y los pensamientos maladaptativos. Las creencias son los principios y supuestos generales que guían la vida de una persona. Representan los juicios acerca de la persona y de la gente en general. Las creencias influyen en las expectativas que una persona tiene en cada situación específica que encuentra. Si sus creencias son irrealistas, sus expectativas serán erróneas. En el caso de la fobia social, las creencias irrealistas conducen a tener expectativas de un mayor peligro del que realmente hay. Cuando una persona entra en una situación social con una falsa expectativa de peligro y amenaza, los pensamientos que experimenta serán maladaptativos –esto es, le hacen sentir inneces-

sariamente incómodo y distraen su atención de la tarea que tiene entre manos. Como queda graficado en el siguiente esquema, las creencias irrealistas desencadenan expectativas erróneas, las que a su vez propician pensamientos maladaptativos (Markway, Carmin, Pollard & Flynn, 2002).



Conductas y Fobia Social: La respuesta conductual más común frente a la ansiedad es la evitación de la situación provocadora o, alternativamente, enfrascarse en otras conductas para reducir tan rápidamente como sea posible la experiencia perturbadora de ansiedad.

La causa de que una persona apele a estas conductas ansiosas se debe a que son muy efectivas para reducir su incomodidad – en el corto plazo. Sin embargo, a largo plazo, estas conductas tienen el efecto de mantener el miedo y ansiedad en situaciones sociales debido a que le impiden aprender la escasa probabilidad de ocurrencia de sus predicciones ansiosas. Ejemplos de conductas ansiosas son rehusarse a entrar en una situación, escapar de la situación, conductas sutiles de evitación, conductas protectoras, uso de drogas o de alcohol, etc.

Interacciones Entre los Tres Componentes: El ciclo de miedo y ansiedad puede comenzar con cualquiera de los tres componentes discutidos previamente. Por ejemplo, una persona puede

estar hablando a un colega en el trabajo cuando se da cuenta que está transpirando ligeramente (componente físico). Esto puede llevarla a pensamientos ansiosos respecto a si su colega se está dando cuenta de su sudoración y a una preocupación sobre algo negativo en ella (componente cognitivo). Cuando la ansiedad se incrementa, la intensidad de las sensaciones físicas aumenta y continúan los pensamientos ansiosos. Finalmente, la persona puede formular una excusa para alejarse de la situación (componente conductual).

Alternativamente, el ciclo puede comenzar con el componente cognitivo. Por ejemplo, antes de ofrecer una presentación, la persona puede decirse a sí misma que va a perder la ilación de sus pensamientos y que los otros se darán cuenta de lo incómodo que se siente. Interpreta que los otros explicarán su incomodidad como un signo de debilidad (componente cognitivo). En la medida que la persona continúe albergando estos pensamientos ansiosos, se da cuenta de que comienza a ruborizarse y que se acelera su ritmo cardíaco (componente físico). Finalmente, toma la decisión de leer su presentación palabra por palabra para asegurarse de que su ansiedad no le cause una pérdida de continuidad durante su disertación (componente conductual).

Finalmente, el ciclo puede comenzar con el componente conductual, llámese evitación. Rehusándose a salir con sus amigos para pasar una tarde juntos (componente conductual), es más probable que la persona experimente pensamientos ansiosos (componente cognitivo) acerca de lo que podría suceder cuando los vea, como también sensaciones de incomodidad física cuando realmente se encuentra en la situación (componente físico).

Estrategias de Evaluación

Dependiendo de los propósitos de la evaluación, se encuentran a disposición cierto número de estrategias para una adecuada evaluación de los

síntomas de la fobia social. Una evaluación integral habitualmente incluye la entrevista clínica, la administración de medidas de autoinforme y de escalas de clasificación clínica, y evaluaciones conductuales y cognitivas. También se puede evaluar rasgos asociados a la fobia social así como problemas relacionados con un diagnóstico diferencial.

Entrevista Clínica. Antes que un psicólogo, psiquiatra u otro profesional de la salud mental comience a ayudar a un individuo con un problema particular, hay un período inicial de evaluación y de valoración del caso. Este proceso de evaluación involucra la recolección de la información necesaria para comprender mejor la naturaleza y el grado del problema de manera tal que pueda formularse el mejor tratamiento posible.

Para muchas personas con fobia social, el mismo proceso de evaluación es una situación fóbica. Los miedos sociales interaccionales pueden hacer que un paciente tenga dificultades para describir sus síntomas actuales en una entrevista, y los miedos basados en el desempeño pueden ser activados cuando se le pide al paciente que complete cuestionarios de autoinforme. Aun cuando estos miedos pueden convertir a la evaluación en un proceso desafiante, también ofrecen una oportunidad para que el terapeuta observe directamente al paciente en una situación natural provocadora de miedo.

El patrón crónico de evitación de los pacientes con fobia social puede también tener un impacto negativo en el proceso de evaluación. Puesto que la fobia social está frecuentemente asociada con un inicio temprano, los pacientes pueden ser escasamente conscientes del estilo de vida severamente restringido que han creado como una manera de evitar las situaciones sociales que son provocadoras de ansiedad (Beidel & Turner, 1998). De esta manera, para los pacientes fóbicos sociales puede resultar difícil identificar las situaciones que evitan. Por ejem-

plo, un paciente bien podría no reportar una conducta de evitación a fiestas y citas si percibiera su conducta simplemente como una preferencia por una “vida tranquila”. Para los pacientes también puede ser difícil evaluar la intensidad del miedo que experimentan en una situación que han evitado por extensos períodos de tiempo. Un paciente puede evaluar sesgadamente su miedo a hablar en público si no ha estado expuesto a situaciones de desempeño en el curso de una década.

Las formas sutiles de evitación relacionadas con la fobia social también deben ser evaluadas en el proceso de la entrevista clínica. Los pacientes pueden desarrollar estrategias de conducta como vestirse con ropas de cuello alto o indumentarias que solapen su rubor, comer en restaurantes con una luz tenue, hablar sólo a personas que le brindan seguridad, o beber antes de ir a una fiesta como un medio de incrementar su nivel de comodidad en situaciones sociales (Antony, 1997). Un instrumento recientemente desarrollado, la Escala de Afrontamiento Social (SCS), evalúa las conductas de seguridad relacionadas a la ansiedad social y puede ser un instrumento útil para esta parte de la entrevista clínica.

El propósito de la entrevista clínica es identificar los problemas que el individuo está experimentando, para descubrir los factores que pueden estar causando o contribuyendo al problema, y para identificar las variables importantes que posibiliten la elección de estrategias de tratamiento adecuadas. Algunos de los tópicos que habitualmente se cubren durante una entrevista clínica para alguien que sufre de ansiedad social incluyen lo siguiente:

- ¿Cuál es el principal problema? ¿Está la persona sufriendo de fobia social, o está la ansiedad social relacionada a otro problema?
- ¿Hay problemas asociados, como depresión, alcohol o abuso de drogas, dificultades maritales, elevado estrés de trabajo o condiciones médicas?

- ¿Cómo y cuando se desarrolló el problema? ¿Cuál ha sido el curso del problema a través de los años? Por ejemplo, ¿ha desaparecido por un período de tiempo?
- ¿Cuán intenso es el miedo en situaciones sociales? ¿La persona experimenta ataques de pánico?
- ¿Cómo afecta la ansiedad social el funcionamiento cotidiano en el trabajo o en los estudios, en el hogar y en las relaciones?
- ¿Qué variables (p.e. las características del grupo, etc.) afectan el miedo del individuo en situaciones particulares?
- ¿Cuáles son los pensamientos, creencias y predicciones específicos que contribuyen a la ansiedad social de la persona?
- ¿Qué situaciones sociales evita el individuo?
- ¿Hay maneras sutiles (p.e. distracción) mediante las cuales la persona evita sentirse ansiosa en situaciones sociales? ¿La persona se ocupa en conductas sobreprotectoras (p.e. tomar un par de copas de vino para afrontar con su ansiedad en las fiestas)?
- ¿La persona ha recibido tratamiento en el pasado, y si es así, qué tipo de tratamiento? ¿El tratamiento fue efectivo?
- ¿Otros miembros de la familia de la persona tienen el mismo problema? Si es así, ¿Qué tipo de tratamientos han encontrado útil?
- ¿Pueden los miembros de la familia de la persona ser capaces de ayudar en el proceso de superar la ansiedad social? ¿Por el contrario, hay formas en las que los miembros de la familia podrían interferir con el tratamiento?
- ¿Hay habilidades sociales básicas (p.e. asertividad, comunicación efectiva) que la persona necesita mejorar?

Escalas de Evaluación Clínica. La Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) y la Escala Breve de Fobia Social (BSPS) son medi-

das evaluadas por el terapeuta. Ambos instrumentos evalúan el miedo y la evitación de una manera separada, aun cuando no se ha establecido la independencia de ambos constructos en una y otra medida. Estas escalas de evaluación no fundamentan un diagnóstico, pero pueden ser útiles para identificar un rango de situaciones que son problemáticas para el paciente, lo que a su vez posibilita la creación de una jerarquía de miedo y de evitación, a la vez que son sensibles a los cambios asociados con el tratamiento.

La LSAS (Liebowitz, 1987) es un instrumento cuyo objetivo es evaluar el rango del desempeño y de las dificultades sociales reportadas por personas con fobia social. Consta de dos subescalas: Interacción Social (11 ítem) y Desempeño (13 ítem). Utiliza una escala de medida de cuatro puntos (0 a 3), tanto para evaluar el miedo como la evitación. El terapeuta utiliza su juicio clínico para asignar las evaluaciones finales.

La BSPS, por su parte, es una medida cuya finalidad es evaluar el miedo, la evitación y la activación física asociada con la fobia social. Está compuesta por 18 ítem agrupados en tres subescalas: Miedo, Evitación y Activación Física. La primera parte incluye siete situaciones sociales que son evaluadas con relación al miedo y a la evitación que suscitan sobre una escala de cinco puntos (de 0 a 4). En la segunda parte, se le pide al paciente que evalúe la severidad de cuatro síntomas fisiológicos que se pueden experimentar en una situación social (en una escala de cinco puntos, de 0 a 4). Los autores de este instrumento recomiendan que sea administrado luego de una entrevista semiestructurada que le permite ganar al clínico alguna familiaridad con los síntomas del paciente.

Medidas de Autorreporte. Las medidas de autoinforme incluyen pruebas de lápiz y papel que una persona completa antes de iniciar el tratamiento, y tal vez nuevamente durante el tratamiento y después de finalizado el tratamiento. Son utilizadas para proporcionar información

adicional que probablemente no ha sido cubierta en la entrevista, así como para confirmar y expandir la información provista en la entrevista.

Existen diferentes medidas de autorreporte que proporcionan una información útil acerca de la naturaleza y extensión de los miedos sociales asociados con la fobia social. A pesar de que son escasos los instrumentos disponibles que provee un diagnóstico de fobia social congruente con el DSM-IV, existe una nueva escala, el Inventario de Fobia Social (SPI), que parece tener una utilidad diagnóstica promisorio, y dos escalas no publicadas, el Inventario de Interacciones Sociales (ISI) y el Cuestionario de Fobia Social (SPQ), son también de utilidad en la tarea de un diagnóstico compatible con el DSM-IV.

Entre las medidas de autoinforme que han demostrado su utilidad en el proceso de evaluación de la fobia social se cuenta con las siguientes:

La *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa* (FNE) y la *Escala de Evitación y Perturbación Social* (SADS), ambas dirigidas a medir la incomodidad y la evitación en situaciones sociales, así como la preocupación respecto a la amenaza de una evaluación social. Ambas medidas fueron desarrolladas conjuntamente y su formato de respuesta es de tipo cerrado (Verdadero o Falso), y son más apropiadas para evaluar la ansiedad social que la fobia social.

La *Escala de Autoafirmaciones Para Hablar en Público* (SSPS), es un instrumento desarrollado recientemente y evalúa las cogniciones asociadas con situaciones donde se tiene que hablar en público. Está compuesta por dos subescalas de cinco ítem cada una, Autoafirmaciones Positivas (SSPS-P) y Autoafirmaciones Negativas (SSPS-N), y utiliza una escala de evaluación de seis puntos (de 0 a 5).

El *Test de Autoafirmaciones de Interacción Social* (SISST), desarrollado para medir los pensamientos positivos y negativos asociados con la ansiedad social, antes, durante y después de una

interacción social. Es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados en la evaluación cognitiva de la fobia social. La frecuencia de cada uno de sus 30 ítems es evaluada en una escala de cinco puntos (de 1 a 5), con la posibilidad de obtener una puntuación total y puntuaciones parciales para la subescala de pensamientos positivos (facilitadores) y para la subescala de pensamientos negativos (debilitadores).

El *Inventario de Ansiedad y Fobia Social* (SPAI) cuyo propósito es medir la severidad de los síntomas asociados con la ansiedad social y la fobia social. Es un instrumento de 45 ítems que fue empíricamente desarrollado como una medida específica de la fobia social, y evalúa los componentes somáticos, cognitivos y conductuales de la fobia social en una variedad de situaciones y escenarios. Cada ítem es evaluado en su frecuencia en una escala de siete puntos (de 0 a 6) que se aplica a la calificación de sus dos subescalas: fobia social y agorafobia.

El *Inventario de Fobia Social* (SPIN) tiene como objetivo la evaluación del miedo, evitación y la activación fisiológica asociada con la fobia social. Es una medida de 17 ítems donde cada ítem contiene un síntoma que es evaluado en una escala de cinco puntos (de 0 a 4) y que contiene tres subescalas: miedo, evitación y activación fisiológica, esto es, el triple sistema de respuesta de la ansiedad.

La *Escala de Fobia Social* (SPS), cuyo principal objetivo es evaluar el miedo a ser objeto de escrutinio durante actividades rutinarias. Contiene 20 ítems que son evaluados en una escala de cinco puntos (de 0 a 4) y que describen situaciones donde está implicado el hecho de ser observado por otros mientras se están realizando actividades como comer o escribir. Se obtiene una puntuación total a través de la suma de todos sus ítems.

La *Escala de Interacción Ansiosa* (SIAS) está dirigida a evaluar los miedos relacionados a las interacciones sociales más generales. La versión original del SIAS contiene 19 ítems, pero muchos estudios utilizan una versión de 20 ítems que es idéntica a la original excepto por la adi-

ción de un ítems. Estos ítems describen reacciones cognitivas, afectivas y conductuales a situaciones de interacción social, y son evaluados mediante una escala de cinco puntos (de 0 a 4) donde altos puntajes reflejan una mayor ansiedad en las situaciones interaccionales.

El *Cuestionario de Cogniciones Sociales* (SCQ) es un autoinforme de 22 ítems desarrollado para evaluar las cogniciones asociadas con la ansiedad y la fobia social. Esta medida contiene tres dimensiones: autocreencias negativas, miedo al fracaso del desempeño y miedo a la evaluación negativa. Este instrumento aun no ha sido publicado a la fecha, pero si se desea una mayor información se puede escribir al (e-mail) adrian.wells@man.ac.ak.

La *Escala de Ansiedad y Evitación Social* (EAS) es una de las medidas más utilizadas en los estudios de ansiedad y fobia social. Sus 28 ítems tienen un formato de respuesta cerrada (Verdadero o Falso) y se refieren al malestar subjetivo en situaciones sociales (escala de ansiedad) y a la evitación activa o deseo de evitación de tales situaciones (escala de evitación).

La *Escala de Timidez de Cheek y Buss* (CBTS) es una medida de autoinforme que consta de 14 ítems que explora los componentes cognitivos, conductuales y somáticos de la timidez o de las personas socialmente ansiosas. Se la califica sobre una escala de cinco puntos (de 0 a 4) donde altos puntajes indican una mayor timidez y una tendencia a la ansiedad social.

La *Escala de Ansiedad Social* (ESANSO) es una medida desarrollada en nuestro medio (Manrique, 1985) y que está construida sobre la base de la técnica del diferencias semántico de Osgood. Contiene 35 diferentes reactivos que hacen alusión a diferentes situaciones de interacción social (incluyéndose algunos de clara índole cultural), los mismos que son evaluados a través de cinco escalas bipolares del diferencial semántico (relajado-tenso, agradable-desagradable, soportable-insoportable, seguro-peligroso, nervioso-calmado). Para su calificación se emplea una escala de 7 puntos (de 1 a 7) donde altos puntajes indican una mayor tendencia a reaccionar con ansiedad social.

Estrategias de Evaluación Cognitiva. Debido a la importancia crucial de los procesos

cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de la fobia social, la evaluación cognitiva es un componente importante de la evaluación de la fobia social (Heimberg, 1994). Aquí cobran importancia las conceptualizaciones que otorgan un papel integrador y unificador a las metacogniciones, es decir, a la conciencia, conocimiento y monitoreo activo que una persona hace de sus procesos y estrategias cognitivas. En la psicología de la ansiedad social hay un interés en los procesos metacognitivos que pertenecen a la cognición social y al autoconcepto. Visto a un nivel elevado de funcionamiento metacognitivo, la ansiedad social puede ser concebida como la tendencia a experimentar una preocupación ansiosa respecto a las interacciones sociales. Como se puede ver en la siguiente figura, este modelo permite ver a la ansiedad social como un constructo psicológico global y, al mismo tiempo, reconocer la variabilidad empíricamente demostrada entre las personas que experimentan los tres componentes de la ansiedad social.

Existe cierto número de métodos para evaluar las cogniciones asociadas con la fobia social. Algunos de los métodos más comunes incluyen (1) listado de pensamientos (hacer que el paciente escriba los pensamientos que ocurrieron durante un periodo específico), (2) pensar en voz alta o tareas de pensamientos articulados (que requiere que el paciente diga sus pensamientos en voz alta mientras está ocupado en un juego de roles o en alguna tarea), y (3) medidas estructuradas de autoafirmaciones (cuestionarios que evalúan la presencia de ciertos pensamientos). El SISST y la SSPS (anteriormente descritos) pueden ser utilizados para este propósito. Las medidas de las creencias irracionales, atribuciones, atención autofocalizada, esquemas y de las expectativas también pueden ser utilizadas como evaluaciones complementarias. Finalmente, se pueden utilizar los paradigmas experimentales para evaluar los procesos y los sesgos atencionales, como la tarea modificada de Stroop y la Prueba del Punto Visual, aun cuando para la mayoría de los clínicos estos métodos no son fácilmente asequibles.

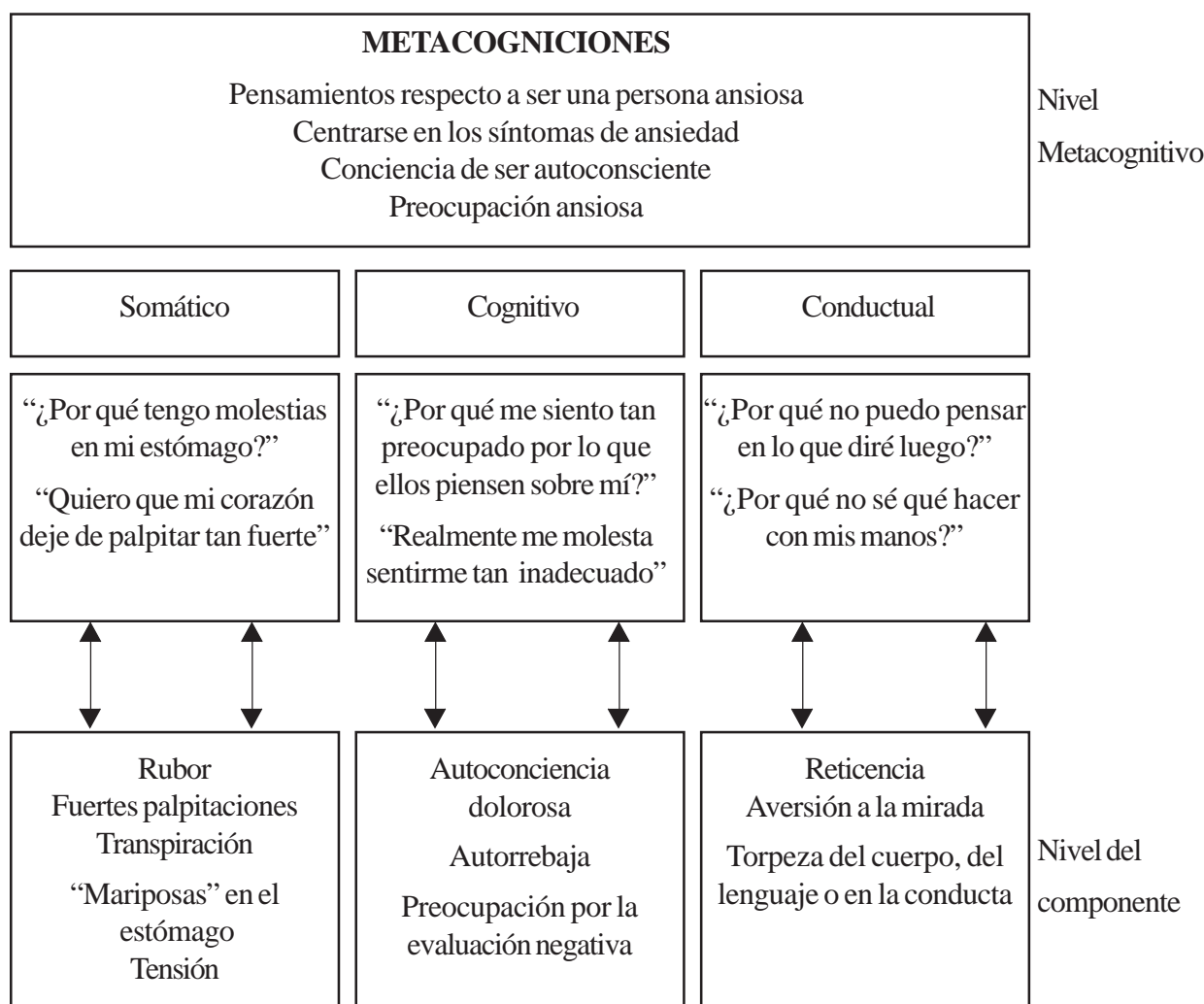


Fig. 1. La metacognición como tema integrador de la experiencia de ansiedad social

(Fuente: Trower, Gilbert & Sherling, 1990)

Las creencias tienen una enorme impacto en cómo se siente una persona en las situaciones sociales. Por ejemplo, si espera que los otros pensarán que es un estúpido, torpe o poco atractivo, con seguridad se sentirá ansiosa cuando se encuentre rodeada por otra gente. Por otro lado, si no está especialmente preocupada respecto a lo que los otros piensen en una situación particular, es mucho más probable que se sienta cómoda. Muchas veces, las creencias y predicciones no están basadas en la realidad. Para la gente que experimenta elevada ansiedad en situaciones sociales y de desempeño, las creencias y

expectativas respecto a estas situaciones son frecuentemente negativas. Estos pensamientos tienden a exagerar la probabilidad del peligro y llevar a esperar lo peor, aún cuando no hay razón para esto.

La terapia cognitiva implica enseñar a la gente a identificar y desafiar sus creencias, predicciones y expectativas ansiosas considerando creencias alternativas más realistas. Sin embargo, antes que pueda cambiar sus pensamientos, una persona necesita ser capaz de observarlos y decidir si son irrealistas y que tal vez hacen que su ansiedad empeore.

Prueba de Evaluación Conductual (BAT). Es un componente de la evaluación integral de la fobia social y puede permitir una exploración concurrente de las reacciones autorreportadas, conductuales y fisiológicas frente a situaciones temidas. En una típica BAT, se instruye al paciente para participar en una situación que elicitó miedo social. Se pueden evaluar las unidades subjetivas de incomodidad (SUD) durante la fase de ansiedad anticipatoria, y a lo largo de la BAT. Se pueden observar y codificar las manifestaciones conductuales de la ansiedad y de las habilidades sociales. Las respuestas fisiológicas como las palpitaciones y la presión de sangre también pueden ser monitoreadas.

Las BATs estandarizadas incluyen conversaciones con personas extrañas del mismo sexo y del sexo opuesto, y una charla espontánea que se da a un pequeño auditorio. También pueden utilizarse pruebas de evaluación conductual más individualizadas diseñadas para las situaciones más temidas por la persona, aun cuando su naturaleza única hace imposible la comparación entre diferentes personas. Puesto que virtualmente todos los pacientes experimentan miedo frente a una tarea de una charla imprevista, esta es una BAT que puede ser fácilmente utilizada con todos los clientes y que se ha demostrado como un procedimiento confiable. Aun cuando resulta útil contar con confederados como miembros de un auditorio para la tarea de hablar en público, si esto no es posible, el clínico puede usar un video para grabar al paciente que está dando su charla (McNeil, Ries & Turk, 1995).

Fydrich, Chambless, Perry, Buergener & Beazley (1998) desarrollaron un sistema de clasificación para la evaluación conductual de las habilidades sociales en personas diagnosticadas con fobia social. Este sistema de clasificación incluye cinco categorías (mirada, calidad vocal, duración del habla, incomodidad y flujo de la conversación) que pueden ser evaluadas sobre

la base de un video de juego de roles. Se ha encontrado que la Escala de Clasificación de la Fobia Social tiene una muy buena confiabilidad (consistencia interna) y una buena validez convergente y divergente. Además, las personas diagnosticadas con fobia social recibieron significativamente menos evaluaciones positivas que los participantes de un grupo de ansiedad y de control (normal).

Otro método común usado en la evaluación conductual de la ansiedad social es el Test de Aproximación Conductual (TAP). Este método de evaluación involucra entrar físicamente en la situación temida y medir la ansiedad con sus síntomas asociados. Por ejemplo, si una persona tiene miedo de hablar en público, puede forzarse para hablar en una reunión del equipo de trabajo. Después de la reunión, puede registrar las particularidades de la situación (quienes estuvieron allí, cuánto tiempo habló, etc.), su nivel de miedo (p.e. 80/100), sus pensamientos ansiosos (p.e. “mis palabras me van a salir todas desordenadas”), y si implementó algunas conductas de evitación (p.e. evitar el contacto ocular).

Si es demasiado atemorizante para intentarlo en una situación de la vida real, o si es imposible hacerlo por otras razones, se puede completar la evaluación en un formato de juego de roles (role play). En el juego de roles, la persona enfrenta la situación temida con el terapeuta o con otra persona presente, en lugar de estar en la situación real. Por ejemplo, si tiene temor a las entrevistas de trabajo, podría practicar esta situación con otra persona (amigo, miembro de la familia o terapeuta) que asume el rol del entrevistador. De manera subsiguiente a la práctica, se puede registrar las particularidades de la situación, el nivel de miedo, los pensamientos ansiosos y las conductas de evitación.

Los terapeutas usan evaluaciones conductuales porque tienen varias ventajas so-

bre las formas tradicionales de evaluación como la entrevista o los cuestionarios. Primero, hay menos probabilidad de ser influenciadas por las dificultades de la gente para recordar los detalles de sus temores. Por ejemplo, alguna gente puede sobrestimar o subestimar sus niveles de miedo si se le pide que describa su miedo durante las exposiciones pasadas a las situaciones temidas. Su memoria puede estar particularmente influenciada por una experiencia negativa en una situación temida y, como resultado, puede reportar que su miedo es más elevado de lo que realmente es. También, la memoria de la gente respecto a sus reacciones en las situaciones que teme puede ser pobre, simplemente porque habitualmente evitan la situación temida, haciendo difícil saber con seguridad cómo se sintió cuando estuvo expuesta a la situación.

Otra ventaja de la estrategia conductual es que permite a los terapeutas y al individuo observar directamente los pensamientos y las conductas ansiosas que, de otro modo, podrían pa-

sar desapercibidos. También le permite al terapeuta evaluar independientemente el grado en el cual el temblor, el rubor o la sudoración son realmente notorios para los otros.

Autorregistros. Un buen número de técnicas de autorregistro son frecuentemente utilizadas en la continua evaluación de la fobia social. Los autorregistros y diarios pueden ser individualmente diseñados para evaluar cualquiera de los dominios de funcionamiento que le interesa al clínico. A los pacientes se les puede pedir que registren algunos eventos que involucran la exposición a las situaciones sociales temidas o que propician el inicio de la ansiedad social. Un típico diario puede requerir que el paciente anote la fecha y la hora del evento, detalles sobre la naturaleza del evento (p.e., “mi jefe criticó mi reporte»; «me criticaron en pleno salón de clases”; “pensaba en mi próxima cita”), y el nivel de ansiedad experimentado en una escala de Likert. Información adicional como pensamientos, síntomas fisiológicos y respuestas conductuales también pueden recolectarse para cada evento.

Lugar/Situación Fecha/Hora	Miedo (0-100)	Sensaciones ansiosas	Pensamientos ansiosos	Conductas ansiosas
3 de marzo En una fiesta	55	Rubor Comenzar a sudar	No voy a saber qué decir La gente pensará que soy raro Se darán cuenta que estoy ansioso Pensarán que soy un estúpido	Permanecí solo y no hablé con nadie. Di una excusa para retirarme.
7 de Marzo Hablando a mi jefe	90	Mi corazón late fuerte Rubor Sudoración	Mi jefe pensará que soy un incompetente Mi ansiedad será evidente	Evite el contacto ocular Di excusas de una manera excesiva.
9 de Marzo Hablar en clases	70	Mi corazón late fuerte Sudor	Parezco un estúpido La gente se burlará de mí	Hable muy rápido No dije más de lo necesario

Fig. 2. Muestra de Autorregistro con los tres componentes de la ansiedad

En resumidas cuentas, una óptima evaluación de la fobia social debe incluir una combinación de las estrategias anteriormente mencionadas de manera tal que le permita al clínico una conceptualización integral del problema. Turner, Beidel & Wolff (1994) demostraron que los índices de evaluación, incluyendo las respuestas a las medidas de autoinforme, las exploraciones independientes del evaluador y los datos del desempeño conductual, pueden ser combinados para fundamentar un índice compuesto del funcionamiento que refleje las ganancias del proceso terapéutico.

Evaluación de Constructos Relacionados

Se han identificado diferentes constructos que se relacionan con la fobia social, y que también puede ser importante que sean objeto de una evaluación. Los individuos diagnosticados con fobia social con harta frecuencia son autoconscientes, perfeccionistas y excesivamente sensibles a la crítica y a la evaluación negativa. De esta manera, medidas como la Escala de Autoconsciencia /AS) y la Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPSC) pueden resultar muy útiles. Los pacientes con fobia social pueden tener logros deficitarios en los estudios y en el trabajo debido a su miedo y evitación para hablar frente a otros o con figuras de autoridad. No es infrecuente que las personas con fobia social (específicamente de tipo generalizado) tengan muy pocos amigos, carezcan de un compromiso en una relación y tengan serias dificultades en su red de soporte. De esta manera, puede ser importante una evaluación de diferentes componentes y factores de la calidad de vida.

Por otro lado, cierto número de desórdenes son habitualmente comórbidos con la fobia social, lo que sugiere la importancia de una entrevista diagnóstica completa. Los pacientes con fobia social pueden usar sustancias (como el alcohol) como una estrategia para manejar su an-

siedad. Existen fuertes asociaciones entre la fobia social y los desórdenes del ánimo así como entre la primera, especialmente de tipo generalizado, y el desorden de personalidad evitativo. Además los síntomas de la evitación social y de la ansiedad social se encuentran presentes a lo largo de otros desórdenes psicológicos, incluyendo los otros desórdenes de ansiedad, los desórdenes del ánimo, el desorden de personalidad esquizoide, el desorden dismórfico, la bulimia y la anorexia nerviosa. Por lo tanto, una entrevista diagnóstica semiestructurada puede ayudar en el diagnóstico diferencial.

Algunos de los constructos y de las condiciones comórbidas relacionadas con la fobia social son descritos resumidamente a partir de los aportes de Antony y Swinson (2000).

Perfeccionismo: La investigación ha encontrado de una manera consistente que la ansiedad social está asociada con elevados niveles de perfeccionismo. El perfeccionismo puede ser definido como la tendencia a establecer estándares que son irrealmente elevados y excesivamente rígidos. Los perfeccionistas tienden a tener preocupaciones exageradas respecto a cometer errores y muchas veces muestran una conducta de evitación como una manera de obviarlos.

En la fobia social, la gente otorga demasiada importancia al hecho de ofrecer una perfecta impresión a los otros. Si no está segura de que agrada o tiene la aprobación de los otros, puede llegar a evitar las situaciones de socialización. O, si no evita las interacciones, tiende a experimentar elevados niveles de incomodidad cuando se expone a las situaciones sociales temidas. El perfeccionismo es diferente de simplemente tener elevados estándares. Los elevados estándares muchas veces son útiles porque motivan para trabajar fuerte y para tener éxito. Sin embargo, en el caso del perfeccionismo, los estándares son tan elevados y tan inflexibles que realmente interfieren con el desempeño ocasio-

nando que la persona se prepare excesivamente para las tareas (p.e., dedicas muchas horas a practicar una presentación), postergue (p.e., posponiendo la preparación de una presentación), o se muestre excesivamente crítica con su propio desempeño.

Depresión: Dado el impacto de la ansiedad social sobre el funcionamiento de una persona, no sorprende que un número sustancial de gente con fobia social experimente también depresión. La fobia social severa puede llevar al aislamiento, a la soledad y a una profunda tristeza. Este problema puede limitar a la persona del hecho de vivir con todo su potencial, lo que, a su vez, puede llevar a sentimientos de desesperanza y depresión. La depresión también puede incrementar la severidad de la fobia social.

La gente que se encuentra deprimida muchas veces se siente avergonzada por estar con un ánimo decaído, puede asumir que los otros no desean estar cerca de ella, y puede evitar estar con otras personas. La fobia social y la depresión también están asociadas con patrones de pensamientos similares – específicamente, pensamientos negativos sobre uno mismo y acerca de las relaciones. Finalmente, hay razones para pensar que la fobia social y la depresión pueden estar relacionadas a procesos biológicos similares en el cerebro. Consistente con esta observación de que la fobia social y la depresión están relacionadas, se ha demostrado que los tratamientos (incluyendo el tratamiento psicológico y la medicación) son útiles tanto para la fobia como para la depresión.

Problemas de la Imagen Corporal: La gente que se siente infeliz y descontenta con su apariencia física puede sentirse ansiosa cuando socializa o es observada por otros. Por ejemplo, la gente con trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia nervosa puede evitar actividades que implican comer al frente de otros o mos-

trar su cuerpo (p.e., llevar shorts, nadar, hacer ejercicios en público). La gente que tiene sobrepeso también puede estar preocupada respecto a que su apariencia física sea juzgada negativamente por los otros. De hecho, la insatisfacción con cualquier aspecto de la apariencia física de uno (p.e. perder el pelo, no estar satisfecho con la nariz, etc.) puede llevar a algunas personas a experimentar ansiedad social.

Problemas con el Abuso de Sustancias: Algunas personas que experimentan excesivos niveles de ansiedad social utilizan alcohol u otras drogas como una ayuda para afrontar las situaciones sociales. En la mayor parte de los casos, esto sólo puede implicar tomar una copa extra de vino en una fiesta o beber una cerveza cuando se sale a comer con los amigos. Sin embargo, para algunas personas, el uso del alcohol o drogas para manejar la ansiedad puede resultar un problema si éste llega a ser excesivo. Si una persona utiliza frecuentemente excesivas cantidades de alcohol o drogas para sentirse más comfortable en las situaciones sociales, puede ser importante tratar este problema al mismo tiempo que se trabaja su ansiedad social.

Cólera y Desconfianza de Otros: Además de temer el enjuiciamiento negativo de los otros, algunas personas con fobia social también pueden mostrarse desconfiadas de otras personas. Pueden evitar confiar en otra gente, no sólo por temor de ser juzgadas, sino también por miedo a que las otras personas no guarden el secreto. Algunas veces la fobia social también está asociada con niveles elevados de cólera e irritabilidad. Por ejemplo, alguna gente con fobia social puede mostrarse muy colérica u hostil cuando es mirada por otros. También pueden sentirse muy colérica cuando percibe el rechazo de los otros.

Ataques de pánico: Si una persona experimenta una intensa fobia social, es probable que haya tenido ataques de pánico en situaciones socialeso

de desempeño. Para aquellos que sufren de ansiedad social, los ataques de pánico tienden a ser desencadenados por la exposición a las situaciones sociales temidas o, algunas veces, incluso por el solo pensamiento de estar en una situación temida. Adicionalmente, la gente que es socialmente fóbica con frecuencia tiene miedo de experimentar ataques de pánico y sus sín-

tomas relacionados. Aun cuando la gente que experimenta ataques de pánico muchas veces tiene miedo de perder el control, volverse loca, desfallecer, tener un ataque al corazón o experimentar alguna otra catástrofe física o social, estas consecuencias son extremadamente poco probables. En otras palabras, los ataques de pánico son muy perturbadores, pero no son peligrosos.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Antony, M.M. (1997). Assessment and treatment of social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 826-834.
- Antony, M.M. & Swinson, R.P. (2000). *Shyness & Social Anxiety Workbook*. Oakland, CA.: New Harbinger Publications, Inc.
- Beidel, D.C. & Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults: nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cheek, M. & Watson, A.K. (1989). The definition of shyness: psychological imperialism o construct validity? *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 85-95.
- Fydrych, T., Chambless, D.L., Perry, K.J., Buergener, F. & Beazley, M.B. (1998). Behavioral Assessment of social performance: A rating system for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 995-1010.
- Heimberg, R.G. (1994). Cognitive assessment strategies and the measurement of outcome of treatment for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 269-280.
- Heimer, R.G., Stein, M.B. & Kessler, R.C. (2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: Asynthetic cohort analysis of changes over four decades. *European Psychiatry*, 15, 29-37.
- Kessler, R.C., Stein, M.B. & Berglund, P.A. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155, 613-619.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Manrique, E. (1985). *Escala de Ansiedad Social (ESANSO)*. Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento.
- Markway, B.G., Carmin, C.N., Pollard, C.A. & Flynn, T. (2002). *Dying of embarrassment. Helpi for social anxiety & phobia*. Oakland, CA.: New Harbinger Publications, Inc.
- McNeil, D.W., Ries, B.J. & Turk, C. (1994). Behavioral assessment : Self-report, phsisiology and overt behavior. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford.
- Trower, P., Gilbert, P. & Sherling, G. (1990). Social Anxiety, Evolution, and Self-Presentation. In H. Leitenberg (ed.). *Handbook of Social and Evaluation Anxiety*. New York: Plenum Press.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Wolff, P.L. (1994). A composite measure to determine improvement following treatment for phobia social. The Index of Social Phobia Improvement. *Behaviour Rsearch and Therapy*, 32, 471-476.

APENDICE 1
ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL DE LIEBOWITZ (LSAS)

INSTRUCCIONES: El clínico debe evaluar a cada ítem con un 0 (nada), 1 (ligero), 2 (moderado) o 3 (severo) basado en la experiencia actual del paciente o de la semana pasada. A cada ítem se le debe asignar sólo una puntuación de Miedo y una puntuación de Evitación. Si el paciente no entró en la situación temida en la semana pasada, evalúe el ítem de acuerdo a cómo habría sido el nivel de miedo del paciente si se hubiera encontrado con la situación temida y el paciente la hubiera evitado.

	Miedo o Ansiedad 0 = Nada 1 = Ligero 2 = Moderado 3 = Severo	Evitación 0 = Nunca (0 %) 1 = Ocasionalmente (1-33%) 2 = Con frecuencia (33-67%) 3 = Usualmente (67-100%)
1. Telefonar en público (D)		
2. Participar en grupos pequeños (D)		
3. Comer en lugares públicos (D)		
4. Beber con otros en lugares públicos (D)		
5. Hablar a gente de autoridad (S)		
6. Actuar, desempeñarse o dar una charla frente a una audiencia (D)		
7. Asistir a una fiesta (S)		
8. Trabajar mientras se es observado (D)		
9. Escribir mientras se es observado (D)		
10. Llamar a alguien que no conoces bien (S)		
11. Hablar con gente que no conoce muy bien (S)		
12. Reunirse con extraños (S)		
13. Orinar en baños públicos (D)		
14. Entrar a una habitación donde ya están sentados otros /D)		
15. Ser el centro de la atención (S)		
16. Hablar en voz alta en una reunión (D)		
17. Dar una examen (D)		
18. Expresar un desacuerdo o una desaprobación a gente que no conoce muy bien (S)		
19. Ver a los ojos de gente que no conoce muy bien (S)		
20. Proporcionar un informe a un grupo (D)		
21. Intentar trabar conversación con alguien (D)		
22. Devolver mercadería a una tienda (S)		
23. Ofrecer una fiesta (S)		
24. Resistir una gran presión de un vendedor (S)		

Subpuntaje de Ansiedad de Desempeño (D) (Sume todos los puntajes D): _____ Evitación (Ds) _____

Subpuntaje de Ansiedad Social (S) (Sume todos los puntajes S): _____ Evitación (Ss) _____

Total de Ansiedad (D + S): _____ Total E (D + S): _____

APENDICE 2

ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL (ESANSO)

Reactivos de la ESANSO

1. Hablar en público
2. Reclamar a un amigo
3. Ser entrevistado públicamente
4. Exponer un tema
5. Participar en una discusión
6. Conversar con una persona adulta
7. Reclamar a tu jefe
8. Asistir a fiestas
9. Reclamar el vuelto al cobrador de un micro
10. Ser observado en un lugar lleno de gente
11. Dar una opinión contraria a los demás
12. No estar muy bien vestido como los demás
13. Cometer una torpeza delante de otras personas
14. Salir a bailar
15. Salir con chicos (chicas)
16. Conversar con un limeño criollo
17. Ser criticado
18. Hacer pedidos
19. Conversar con una persona muy elegante
20. Responder a una pregunta
21. Reclamar al mozo en un restaurante
22. Viajar en microbús y ser observado
23. Hablar con personas de autoridad
24. Hablar con una persona de piel blanca
25. Ser presentado en público
26. Saludar a un extraño
27. Ingresar a una oficina muy elegante
28. Conversar con una persona del sexo opuesto
29. Ser objeto de bromas
30. Ser observado trabajando
31. Estar en la cola del cine
32. Hablar con un "cholo"
33. Saber que uno tiene que hablar en público
34. Saber que uno es un serrano
35. Hablar mal el castellano

Escalas bipolares del diferencial semántico para evaluar los reactivos

1. Relajado _____ Tenso
2. Agradable _____ Desagradable
3. Seguro _____ Inseguro
4. Calmado _____ Nervioso
5. Soportable _____ Insoportable

Muestra del formato de presentación del instrumento

HABLAR CON PERSONAS DE AUTORIDAD

Relajado :..... :..... :..... :..... :..... :..... :..... :..... : Tenso
Insoportable :..... :..... :..... :..... :..... :..... :..... :..... : Soportable
Seguro :..... :..... :..... :..... :..... :..... :..... :..... : Inseguro
Desagradable :..... :..... :..... :..... :..... :..... :..... :..... : Agradable
Calmado :..... :..... :..... :..... :..... :..... :..... :..... : Nervioso

APENDICE 3
 ESCALA DE FOBIA SOCIAL (SPS)

Frente a cada pregunta, por favor marque el espacio que indique el grado en el cual siente que la afirmación es característica o verdadera respecto a sí mismo. La escala de evaluación es la siguiente:

- 0 = Nada característico o verdadero sobre mí 3 = Muy característico o verdadero sobre mí
 1 = Ligeramente característico o verdadero sobre mí 4 = Extremadamente característico o verdadero
 2 = Moderadamente característico o verdadero sobre mí sobre mí.

AFIRMACIONES	0	1	2	3	4
1. Me pongo ansioso si tengo que escribir frente a otra gente					
2. Me pongo en alerta cuando uso baños públicos					
3. Repentinamente puedo llegar a ser consciente de mi propia voz y de que otros me están prestando atención.				_____	
4. Me pone nervioso que la gente se fije en mí cuando camino por la calle.					
5. Temo que pueda ruborizarme cuando estoy con otros					
6. Me pongo en alerta cuando tengo que entrar a una habitación donde otros ya están sentados.					
7. Me preocupa temblar o estremecerme cuando soy visto por otra gente.					
8. Me pondría tenso si tengo que sentarme mirando a otra gente en un bus o tren.					
9. Me daría pánico de que otros puedan verme desfalleciente o como un enfermo.					
10. Me resultaría difícil beber algo si estuviera en un grupo de gente.					
11. Me haría poner en alerta el hecho de comer frente a un extraño en el restaurante.					
12. Me preocupa que la gente piense que mi conducta es rara					
13. Me pondría tenso si tuviera que llevar una bandeja a través de una cafetería atestada.					
14. Me preocupa que pueda perder el control frente a otra gente.					
15. Me preocupa que pudiera hacer algo que llame la atención de otra gente.					
16. Cuando estoy en un ascensor, me siento tenso si la gente me mira.					
17. Puedo llegar a sentirme notorio cuando estoy en medio de una cola.					
18. Puedo llegar a ponerme tenso cuando hablo frente a otra gente.					
19. Me preocupa que mi cabeza vaya temblar o moverse frente a otros.					
20. Me siento atemorizado y tenso si se que la gente me está viendo.					

PROMOTEC/emg.

