

Banco de instrumentos
y metodologías en Salud Mental

www.cibersam.es/bancoinstrumentos

www.cibersam.es

cibersam

Centro de Investigación Biomédica En Red
de **Salud Mental**

Julio Bobes, Xavier Badía, Antonio Luque, Margarida García, María Paz González, Rafael Dal-Ré.

Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distres Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:530-8.

Reproducción autorizada por © ELSEVIER Doyma.

Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distres Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social

Por Julio Bobes a, Xavier Badía b, Antonio Luque c, Margarida García b, María Paz González a, Rafael Dal-Ré c

a Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.

b Instituto de Salud Pública de Cataluña. Universidad de Barcelona.

c Departamento Médico. SmithKline Beecham Pharmaceuticals. Madrid.

Fundamento: La fobia social es un trastorno de ansiedad de creciente interés en la clínica e investigación psiquiátricas. Los cuestionarios de mayor difusión en la evaluación psicométrica de estos pacientes son: Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Social Anxiety and Distress Scale (SADS) y Sheehan Disability Inventory (SDI). El objetivo del presente estudio fue evaluar la validez y reproducibilidad de las versiones en español. Población y métodos: La validez convergente se analizó correlacionando la puntuación obtenida por pacientes diagnosticados de fobia social en los cuestionarios en estudio con la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) y la Escala Visual Analógica (EVA) del EuroQol. La estructura interna se examinó mediante análisis correlacionales entre las distintas subescalas de los cuestionarios. La consistencia interna se analizó mediante los coeficientes * de Cronbach y Kuder-Richardson. La capacidad discriminante se analizó comparando la puntuación obtenida en los cuestionarios entre pacientes diagnosticados de fobia social y en sujetos sanos, y con la obtenida con la HAM-A y la EVA del EuroQol. Se analizó la reproducibilidad mediante retest a los pacientes a los 15 días. Resultados: Se reclutaron 57 pacientes y 57 sujetos sanos en 4 centros psiquiátricos. Los tres cuestionarios presentaron una validez convergente adecuada con la EEAG, la HAM-A y la EVA del EuroQol ($r = 0,24-0,40$ y $r = 0,29-0,52$). Los cuestionarios LSAS y SDI presentaron una estructura interna homogénea en términos de correlación entre subescalas ($r = 0,61-0,93$ para el LSAS, y $r = 0,04-0,61$ para el SDI). Todas las subescalas de los cuestionarios demostraron una adecuada consistencia interna (coeficientes con rango entre 0,72 y 0,88). Los cuestionarios discriminaron entre grupos de pacientes con distinto nivel de gravedad de sus síntomas y del estado general de salud percibido. Además, también discriminaron entre pacientes con fobia social y sujetos sanos (área bajo la curva ROC = 0,95-0,99). Todas las subescalas de los cuestionarios presentaron una adecuada reproducibilidad (coeficientes de correlación intraclase entre 0,63 y 0,88). Conclusiones: Las versiones en español de los cuestionarios LSAS, SADS y SDI han demostrado poseer adecuada validez y reproducibilidad para su uso en investigación y en la evaluación clínicas de los pacientes con fobia social en España.

Med Clin (Barc). 1999;112:530-8.

Con la introducción del diagnóstico de fobia social en la nosografía psiquiátrica moderna¹⁻⁵ y de nuevas perspectivas en su abordaje farmacológico⁶⁻¹², en la última década ha aumentado el interés por disponer de instrumentos adecuados y consensuados¹³ para la evaluación de los pacientes con fobia social (trastorno de ansiedad social). Los estudios epidemiológicos basados en el diagnóstico de fobia social han contribuido a aumentar el creciente interés

por este trastorno, poniendo de manifiesto una alta prevalencia-vida que oscila entre el 3 y el 13%^{5,14-16}, y una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, especialmente con la depresión mayor, la distimia, la ansiedad generalizada y el trastorno de pánico¹⁷⁻¹⁹.

Con el fin de poder evaluar el impacto de esta afección y el beneficio de su tratamiento, se han desarrollado distintos cuestionarios para la evaluación del paciente con fobia social^{10,20-28}. Algunos de ellos se han orientado hacia la evaluación del impacto de este trastorno en la vida diaria de los pacientes que lo padecen²⁹⁻³².

En diversos trabajos, los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Social Anxiety and Distress Scale (SADS) y Sheehan Disability Inventory (SDI) se ha demostrado como los de mayor utilidad para evaluar la fobia social^{8,9,33}, lo que ha incrementado notablemente su uso. Estos cuestionarios fueron recientemente traducidos y adaptados al español siguiendo un método estándar de traducción-retrotraducción y test para pacientes con fobia social³⁴, cuyos resultados se hallan disponibles previa solicitud a los autores. El propósito del presente estudio fue evaluar la validez y reproducibilidad de estas versiones, instrumentos de medida para su uso en la investigación y en la práctica asistencial con pacientes que padecen fobia social.

Material y métodos

Muestra del estudio

Los pacientes fueron reclutados consecutivamente de una población muestreable de pacientes controlados clínicamente en 4 centros asistenciales españoles. El diagnóstico de fobia social fue realizado por un psiquiatra experimentado y según criterios DSM-IV código 300.23⁵. Fueron excluidos del estudio los pacientes que presentaban trastorno de depresión mayor, abuso de sustancias (drogadictos activos, incluido alcohólicos), trastorno esquizofrénico o bipolar, síndrome cerebral orgánico o retraso mental. Los sujetos sin fobia social (sujetos sanos) fueron seleccionados en cada uno de los 4 centros participantes de una población muestreable de individuos sanos accesibles dentro de su entorno. Se incluyeron como sujetos sanos aquellos que no habían sido diagnosticados y/o tratados por ningún trastorno psiquiátrico durante el último año, que no presentaban patología psiquiátrica importante a juicio del clínico en el momento del estudio y que se consideraron capaces de entender y responder los cuestionarios, y se excluyeron los familiares que convivían con el paciente, ante la evidencia de que pueden tener problemas al prestar cuidados de manera mantenida a pacientes con trastornos mentales³⁵. Los sujetos sanos se seleccionaron emparejados a los pacientes según los siguientes criterios: *a*) pertenecer al mismo grupo de edad (18-22, 23-27, 28-32, 33-37, 38-42, 43-47, 48-52, 53-57, 58-62 y 63-65 años); *b*) ser del mismo sexo; *c*) residir en la misma comunidad autónoma, y *d*) estar en la misma situación laboral. Además de las variables de emparejamiento, se registraron el estado civil, el tipo de convivencia y el nivel de educación de cada individuo. En el grupo de pacientes se registraron, además, los siguientes datos clínicos: diagnóstico psiquiátrico en los ejes I y II según criterios diagnósticos DSM-IV, Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) en el eje V según criterios diagnósticos DSM-IV, tiempo de evolución del trastorno de fobia social, síntomas y tratamiento actual. Además, a cada paciente se le administraron la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), las medidas de evaluación de la

fobia social objeto de estudio y la Escala Visual Analógica (EVA) del cuestionario EuroQol.

El tamaño de la muestra necesario se estableció para hallar una correlación superior a 0,4, que es la esperable entre el cuestionario LSAS y la HAM-A (tomada como criterio). Utilizando un nivel de significación bilateral del 0,05 y requiriéndose un poder del 80%, se estimó un tamaño de la muestra mínimo de 46 individuos por grupo³⁶.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Central de Asturias; posteriormente, se sometió a los comités de los otros

3 centros participantes para su información³⁷. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los sujetos antes de iniciar su participación en el estudio.

Medidas de evaluación de la ansiedad social

Liebowitz Social Anxiety Scale. Este cuestionario ha sido el más utilizado en estudios de evaluación del tratamiento psicofarmacológico de la fobia social. En el presente estudio, fue administrado mediante entrevista. Consta de 24 ítems que se refieren a las situaciones sociales o de actuación frecuentemente problemáticas en los pacientes con trastorno por fobia social. Los ítems se agrupan en 2 subescalas: de ansiedad de actuación (13 ítems) y de ansiedad social (11 ítems). Cada una de las 2 subescalas se evalúa desde las 2 dimensiones nucleares del trastorno de fobia social: el grado de temor o ansiedad experimentado ante las situaciones y su grado de evitación. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 4 grados, que en el caso de la dimensión de ansiedad se refiere a intensidad (0 = ansiedad nula; 3 = máxima ansiedad), y en el caso de evitación se refiere a frecuencia de aparición (0 = nunca; 3 = usualmente o entre el 67-100% de las ocasiones). Es posible obtener dos puntuaciones totales de entre 0 y 72 puntos para las subescalas de ansiedad y evitación, respectivamente, en las que el 0 representa un grado de ansiedad y evitación nulo y el 72 el grado máximo.

Social Anxiety and Distress Scale. Este cuestionario autoadministrado ha sido el más utilizado para medir la ansiedad y la evitación social. Al igual que el anterior, evalúa 2 tipos de situaciones, las sociales y las de actuación, también desde las dimensiones de ansiedad y evitación. Sin embargo, su estructura interna no se halla tan claramente delimitada, por lo que no dispone de subescalas, y proporciona únicamente una puntuación global. Consta de 28 ítems de respuesta dicotómica «verdadero-falso» que puntúan como 0-1, respectivamente. En relación con la puntuación total, 0 representa ansiedad y evitación nulas, y 28 sus respectivos grados máximos.

Sheehan Disability Inventory. Se trata de un cuestionario autoadministrado que, mediante 3 ítems, evalúa de forma subjetiva el grado de discapacidad o disfunción en tres áreas de la vida: laboral, social y de ocio, y familiar y de responsabilidades del hogar. Mediante 2 ítems adicionales, evalúa también el grado de preocupación en la última semana y el apoyo social percibido. Los primeros 4 ítems son puntuados mediante una EVA de 10 puntos (0 = no discapacidad; 10 = máxima discapacidad). El quinto ítem (apoyo social percibido) utiliza el mismo tipo de escala; pero expresada en porcentajes (0% = apoyo inexistente; 100% = apoyo ideal).

Las características y las descripciones detalladas de estos tres cuestionarios han sido previamente publicadas^{20,28-30,38}.

Otras medidas

Escala de Evaluación de la Actividad Global. Esta escala evalúa la dimensión psicológica, social y laboral del paciente en relación a su salud mental. Se administra por un psiquiatra.

Escala de Ansiedad de Hamilton. Esta escala evalúa la ansiedad del paciente. Se debe administrar por un observador previamente entrenado.

Las características y las descripciones detalladas de estas 2 escalas han sido previamente publicadas^{5,39,40}.

Escala Visual Analógica del Cuestionario de Calidad de Vida EuroQol. Esta escala pretende evaluar el estado de salud percibido por el propio paciente. La EVA simula un termómetro con mínimo (0) y máximo (100). El 0 representa el peor estado de salud imaginable y el 100 el mejor estado de salud imaginable. Entre 0 y 50 se describe el estado de salud «muy malo» y «malo»; entre 51 y 70 «regular», y entre 70 y 100 el estado de salud «bueno» y «muy bueno». El paciente debe marcar el punto en la escala que cree que se aplica a su estado de salud en el día de «hoy»⁴¹.

Recogida de información

Tras obtener el consentimiento informado, el psiquiatra recogió las variables sociodemográficas y clínicas del paciente, y le administró la EEAG, la HAM-A y el LSAS. A continuación, el paciente rellenaba el SADS, el SDI y la EVA del EuroQol. Al cabo de 2 semanas, se citó nuevamente a todos los pacientes y se les realizó un retest en las mismas condiciones de administración que en la visita inicial. Al grupo de sujetos sanos, se le administraron los cuestionarios SADS, LSAS y SDI en una sola ocasión, siguiendo el mismo procedimiento que con el grupo de pacientes.

Análisis de los datos

Para evaluar la normalidad de la distribución de las puntuaciones en los tres cuestionarios, sus dimensiones y las variables utilizadas en pruebas paramétricas, se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para los análisis con las puntuaciones totales de los cuestionarios LSAS, SADS y SDI, se estableció a priori que los valores omitidos fueran sustituidos con el valor medio obtenido para cada ítem por los sujetos restantes del grupo, excepto en aquellas dimensiones o cuestionarios en los que hubiera más del 50% de los ítems no respondidos, en cuyo caso se estableció que serían excluidos del análisis.

Con el fin de analizar la validez convergente de los cuestionarios en estudio, se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo: a) dado que los cuestionarios LSAS y SADS pretenden medir constructos asociados a los medidos por la EEAG, la HAM-A, el SDI y la EVA del EuroQol, y que el SDI pretende medir un constructo asociado al medido por la EEAG y la EVA del EuroQol, es esperable que se obtendrán correlaciones moderadas ($0,4 < r < 0,7$) entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios LSAS, SADS y HAM-A, y entre las obtenidas en la EEAG, el SDI y la EVA del EuroQol; b) dado que los cuestionarios LSAS y SADS pretenden medir un mismo constructo, el de ansiedad y evitación social, es esperable que se obtendrán correlaciones altas ($r > 0,7$) entre las puntuaciones en estos cuestionarios, y c) dado que las puntuaciones obtenidas en cada uno de los cuestionarios de ansiedad social pretenden medir un mismo constructo, el de ansiedad y evitación social, es esperable que se correlacionarán entre sí de manera entre moderada y alta, mostrando coeficientes * de Cronbach $> 0,7$.

Validez. 1. Validez convergente con otras medidas. Para examinar la correlación entre las puntuaciones obtenidas en los tres cuestionarios y las conseguidas en la EEAG, en la HAM-A y en la EVA del EuroQol, se utilizó el cálculo del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson tras determinar que estas variables seguían una distribución normal.

2. Estructura interna. Para evaluar la estructura interna, se utilizó la técnica de matriz de correlaciones multimétodo-multirrasgo^{42,43}. Para realizar los diversos análisis correlacionales entre todas las subescalas de los cuestionarios en estudio, se utilizó el cálculo del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, tras determinar que estas variables seguían una distribución normal.

3. Consistencia interna. Finalmente, se analizó la consistencia interna mediante el cálculo del coeficiente * de Cronbach para los cuestionarios LSAS y SDI, y mediante el coeficiente de Kuder-Richardson para el SADS, dado que éste está compuesto de ítems dicotómicos.

4. Validez discriminante. Para evaluar la capacidad de los cuestionarios para distinguir entre pacientes con distinto nivel de gravedad del trastorno de fobia social y entre pacientes y sujetos sanos, se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo: a) que los pacientes con fobia social obtendrían mayores puntuaciones en los cuestionarios LSAS y SADS que los sujetos sanos, y b) que los pacientes con fobia social con mayor nivel de ansiedad (mayor puntuación en la HAM-A) y peor estado de salud percibido (menor puntuación en la EVA del EuroQol) obtendrían mayores puntuaciones en los tres cuestionarios en estudio, indicando un mayor nivel de gravedad del trastorno de fobia social. Para evaluar la primera hipótesis, se compararon las puntuaciones medias obtenidas en los cuestionarios de ansiedad social entre los dos grupos en estudio mediante la prueba de la t de Student para medidas independientes. La capacidad discriminativa de los cuestionarios LSAS y SADS para distinguir entre pacientes con fobia social y sujetos sanos se analizó mediante el cálculo del área bajo la curva ROC de cada una de ellas. La curva ROC es una gráfica en la que se observan todos los pares sensibilidad/especificidad resultantes de la variación continua de los puntos de corte en todo el rango de resultados observados. El área bajo la curva ROC es una medida global de la exactitud de una prueba y se define como la probabilidad de clasificar correctamente a dos individuos, sano/enfermo, seleccionados al azar de la población, mediante los resultados obtenidos al aplicarles la prueba. La curva ROC toma valores de 0,5 si no existen diferencias entre sanos/enfermos en la distribución de resultados de la prueba, y de 1,0 cuando existe separación perfecta entre las dos distribuciones^{44,45}. Para evaluar la segunda hipótesis de trabajo, se compararon las puntuaciones medias obtenidas en cada cuestionario entre subgrupos de pacientes con distintos niveles de gravedad en la HAM-A, y entre pacientes con distinta puntuación en la EVA del EuroQol mediante la prueba t-test de comparación de medias. Para la HAM-A, se empleó el valor de la puntuación mediana (mediana = 19) como punto de corte para establecer dos grupos de pacientes distintos con puntuación < 19 (ansiedad leve) y \geq 19 (ansiedad moderada o grave), respectivamente. Para la EVA del EuroQol, se empleó como punto de corte el valor con significación clínica de 50, validado en estudios anteriores⁴¹, para establecer dos grupos de pacientes distintos con puntuación > 50 (estado de salud regular o bueno) y $\frac{3}{4}$ 50 (estado de salud malo), respectivamente.

Reproducibilidad. Se examinó mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclase (CCI), basado en un modelo de efectos aleatorios⁴⁶.

Resultados

Descripción de la muestra

Entre noviembre de 1997 y marzo de 1998, fueron incluidos 57 pacientes con diagnóstico de fobia social y 57 sujetos sanos, de uno y otro sexo y con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años de edad. La media de edad fue de 35,9 años (DE = 10,2) en el grupo de pacientes y de 35,8 años (DE = 10,8) en el grupo de sujetos sanos. En la tabla 1, se describen las principales características sociodemográficas de la muestra del estudio, constituida mayoritariamente por mujeres jóvenes, con alguna actividad laboral y un nivel de estudios intermedio. La mayoría de los pacientes convivían con algún familiar. No hubo diferencias significativas entre el grupo de pacientes y sujetos sanos respecto a ninguna de las características sociodemográficas recogidas.

TABLA 1

Características sociodemográficas de los pacientes con fobia social y del grupo de sujetos sanos

Características	Pacientes (n = 57)		Controlés (n = 57)	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Sexo				
Varón	22	38,9	22	38,6
Mujer	35	61,1	35	61,4
Edad (años)				
18-30	17	29,8	20	35,1
31-40	22	38,6	18	31,6
41-50	13	22,8	14	24,6
51-65	5	8,8	5	8,8
Situación laboral				
Trabaja	37	64,9	37	64,9
Parado o pensionista	4	7	4	7
Ama de casa	10	17,5	10	17,5
Estudiante	5	8,8	5	8,8
Otros	1	1,8	1	1,8
Estado civil				
Soltero	27	47,4	19	33,9
Casado	27	47,4	32	57,1
Viudo, divorciado o separado	3	5,4	5	9
Tipo de convivencia				
Solo	3	5,3	5	8,8
Con cónyuge o pareja, y/o con hijos	30	52,6	32	56,1
Con padres y/o otros familiares	19	33,3	17	29,8
Otros	5	8,8	3	5,3
Nivel de educación				
Sabe leer y/o escribir, estudios primarios o EGB	11	19,3	8	14
FP, BUP o CCU	28	49,1	19	33,3
Estudios universitarios	18	31,6	29	50,9
Otros	-	-	1	1,8

En la tabla 2, se describen las principales características clínicas de los pacientes. El diagnóstico psiquiátrico primario del eje I del DSM-IV más frecuente fue el de trastorno de fobia social, y sólo 5 pacientes presentaban algún trastorno de la personalidad. La mayoría de los pacientes (54%) recibían tratamiento farmacológico. El tiempo medio de evolución del trastorno de fobia social de los pacientes fue de 16,9 años (DE = 11,34). La puntuación media obtenida en la HAM-A fue de 19,42 (DE = 8,4) en la puntuación total, 7 (DE = 3,9) en ansiedad somática y 12,42 (DE = 5,2) en ansiedad subjetiva.

TABLA 2

Características clínicas de los pacientes

Características	Pacientes	
	n	%
Eje I/DSM-IV. Diagnóstico psiquiátrico principal		
Fobia social	51	89,5
Trastorno por estrés agudo	1	1,8
Otro trastorno de ansiedad	1	1,8
Distimia	4	7,0
Eje I/DSM-IV. Presencia de otros diagnósticos psiquiátricos		
Trastorno de angustia sin agorafobia	7	12,3
Trastorno de angustia con agorafobia	9	15,8
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	0	0
Fobia específica	2	3,6
Trastorno obsesivo-compulsivo	2	3,6
Trastorno por estrés traumático	1	1,8
Trastorno por estrés agudo	2	3,6
Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	1	1,8
Otro trastorno de ansiedad	5	8,8
Distimia	12	21,1
Otro trastorno del estado de ánimo	3	5,4
Eje I/DSM-IV. Diagnósticos psiquiátricos de trastorno de personalidad		
Ninguno	52	91,2
Por evitación	2	3,6
Por dependencia	0	0
No especificado u otros	3	5,3
Presencia de síntomas de ansiedad*		
Palpitaciones	33	58,9
Temblores o sacudidas	28	50,0
Sudación	45	78,9
Molestias gastrointestinales	24	42,9
Diarrea	11	19,6
Sensación de vacío en el estómago	32	56,2
Tensión muscular	45	80,4
Entumecimiento u hormigueo	35	61,3
Confusión	26	46,4
Boca seca	24	42,9
Escalofríos o sofocos	28	50,0
Tensión/dolor en la cabeza	33	58,9
Tratamiento		
Farmacológico	30	53,6
Psicoterapia	2	3,6
Ninguno	9	16,1
Sin tratamiento	15	26,8

*Los porcentajes son relativos al total por ciento de pacientes que presentaban cada uno de los trastornos en forma descrita.

Validez

Validez convergente. En la tabla 3, se detallan los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en los análisis correlacionales con otras medidas y su grado de significación. Las subescalas de ansiedad subjetiva y total de la HAM-A se correlacionaron de forma moderada con las subescalas del LSAS de ansiedad en actuaciones en público y ansiedad total y el SADS. El SDI se correlacionó de forma entre moderada y alta con la HAM-A, y se encontró una asociación mayor que la hallada con los cuestionarios LSAS y SADS. En el resto de los análisis correlacionales entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios LSAS, SADS y SDI, y las obtenidas en la EEAG, la HAM-A y la EVA del EuroQol, se obtuvieron correlaciones bajas a moderadas. En la tabla 4, se indican los resultados de los análisis correlacionales entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios LSAS y SADS, en los que se obtuvieron coeficientes de correlación de Pearson altos ($r > 0,70$) para todas las subescalas.

TABLA 3

Coefficientes de correlación de Pearson entre las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Social Anxiety and Distress Scale (SADS) y Sheehan Disability Inventory (SDI) y el Cuestionario de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), el Cuestionario de Ansiedad de Hamilton y la Escala Visual Analógica (EVA) del EuroQol

	EEAG (r)	Hamilton somático (r)	Hamilton subjetivo (r)	Hamilton total (r)	EVA (r)
LSAS					
Ansiedad en actuaciones en público	-0,29*	0,35*	0,43**	0,43**	-0,40**
Evitación de situaciones en público	-0,24	0,30*	0,38*	0,38*	-0,32*
Ansiedad en situaciones de interacción social	-0,24	0,29*	0,36*	0,37*	-0,29*
Evitación de situaciones de interacción social	-0,28*	0,29*	0,35*	0,33*	-0,27*
Total de ansiedad social	-0,29*	0,35*	0,44**	0,44**	-0,38*
Total de evitación social	-0,28*	0,29*	0,39**	0,38*	-0,32*
SADS					
Total de ansiedad y evitación social	-0,30*	0,33*	0,40*	0,40*	-0,26*
SDI					
Total incapacidad	-0,35*	0,35*	0,52**	0,49**	-0,39*

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,001.

Estructura interna. En la tabla 4, se describen las correlaciones entre las distintas subescalas de los cuestionarios LSAS y SDI. En los análisis correlacionales

entre las subescalas del LSAS, todas las correlaciones obtenidas fueron altas ($r > 0,7$), excepto las obtenidas entre subescalas distintas en cuanto a la situación (actuaciones en público frente a interacciones sociales) o la forma de manifestación de la ansiedad (ansiedad frente a evitación) a que se refieren los ítems que las componen. En los análisis correlacionales entre las subescalas del SDI, la mayoría de correlaciones fueron moderadas ($0,7 > r > 0,3$), excepto para el ítem

de apoyo social percibido, que demostró correlaciones bajas ($\frac{1}{4} 0,3$) con el resto de ítems del cuestionario SDI.

Consistencia interna. En la tabla 4, se observa la consistencia interna de las subescalas de los cuestionarios LSAS, SADS y SDI. Los coeficientes de consistencia interna obtenidos en esta muestra fueron altos ($\geq 0,72$) para el total de las subescalas, indicando una adecuada homogeneidad entre los ítems de los cuestionarios.

TABLA 4

Correlaciones entre cuestionarios y consistencia interna de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Social Anxiety and Distress Scale (SADS) y Sheehan Disability Inventory (SDI)

Ítem	Rango	LSAS					SADS		SDI					Alfa de Cronbach	
		AAP	EAP	ASIS	ESIS	FAS	TES	TAS	IT	FES	FF	IEP	IASP		TI
LSAS															
Ansiedad en actuaciones en público (AAP)	35	1													0,73
Evitación de situaciones en público (EAP)	37	0,85*	1												0,78
Ansiedad en situaciones de interacción social (ASIS)	31	0,60*	0,65*	1											0,80
Evitación de situaciones de interacción social (ESIS)	31	0,61*	0,73*	0,90	1										0,81
Total ansiedad social (TAS)	24	0,91*	0,81*	0,91*	0,88*	1									0,85
Total evitación social (TES)	24	0,77*	0,80*	0,83*	0,92*	0,88*	1								0,88
SADS															
Total ansiedad y evitación social (TACS)	38	0,71*	0,73*	0,74*	0,72*	0,79*	0,76*	1							0,84*
SDI															
Ítem 1: trabajo (IT)	3	0,45*	0,89**	0,36**	0,33**	0,44*	0,33**	0,89*	1						
Ítem 2: vida social (IS)	3	0,40**	0,39**	0,56*	0,53*	0,52*	0,49*	0,56*	0,51*	1					
Ítem 3: vida familiar (IF)	3	0,27**	0,86**	0,36**	0,38**	0,34**	0,35**	0,30**	0,37**	0,53*	1				
Ítem 4: estado percibido (IEP)	3	0,38**	0,84**	0,38**	0,35	0,41*	0,32**	0,38**	0,61*	0,53*	0,32**	1			
Ítem 5: apoyo social percibido (IASP)	3	-0,17	-0,13	-0,23	-0,22	-0,19	-0,17	-0,04	-0,20	-0,10	-0,20	-0,20	1		
Total incapacidad (TI)	3	0,47*	0,38**	0,52*	0,61*	0,54*	0,48*	0,59*	0,79*	0,82*	0,89*	0,60*	-0,14	1	0,72

*Correlación de Kuder-Richardson; **p ≤ 0,001; *p ≤ 0,05.

Validez discriminante. En la unihura 1, se observa la comparación entre las puntuaciones obtenidas por los pacientes y los sujetos sanos de los tres cuestionarios en estudio. Los pacientes diagnosticados de fobia social presentaron mayor ansiedad y evitación social que los sujetos sanos según las

puntuaciones obtenidas en todas las subescalas de los cuestionarios LSAS y SADS ($p < 0,001$). Del mismo modo, los pacientes presentaron mayor incapacidad en los ámbitos laboral, social y familiar que los sujetos sanos, según las puntuaciones obtenidas en el cuestionario SDI ($p < 0,001$). Se construyeron curvas ROC para evaluar la capacidad de discriminar entre pacientes y sujetos sanos, de los cuestionarios LSAS y SADS, para los que se obtuvo un cálculo del área bajo la curva ROC de 0,98, 0,95 y 0,99, respectivamente, para las subescalas de ansiedad y evitación del cuestionario LSAS y para el total del cuestionario SADS. Adicionalmente, se obtuvieron la sensibilidad y la especificidad mostradas por los cuestionarios considerando distintos puntos de corte, información que puede ser consultada mediante previo requerimiento a los autores del presente trabajo.

Además, se realizó un análisis de comparación entre grupos de pacientes de distinta gravedad según las puntuaciones obtenidas en la HAM-A y la EVA del EuroQol. En la tabla 5, se describen las puntuaciones medias obtenidas por los distintos subgrupos de pacientes en los tres cuestionarios en estudio. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los pacientes con puntuaciones < 19 y ≥ 19 puntos en la HAM-A para todas las dimensiones y las puntuaciones totales de los tres cuestionarios en estudio. Empleando la EVA como criterio, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en todas las subescalas del LSAS, excepto en la de evitación en actuaciones en público. Sin embargo, no se obtuvieron diferencias significativas en los cuestionarios SADS y SDI, excepto en el ítem de estrés percibido en este último.

TABLA 5

Comparación entre las puntuaciones obtenidas en las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Social Anxiety and Distress Scale (SADS) y Sheehan Disability Inventory (SDI) entre 2 grupos de pacientes con fobia social con distinta puntuación en el Cuestionario de Ansiedad de Hamilton y la Escala Visual Analógica (EVA) del EuroQol

Subescala	Ítem	Rango	Pacientes (Puntuación < 19; media (DE) (n= 21)	Pacientes (Puntuación >= 19; media (DE) (n= 28)	p*	Pacientes (EVA < 50) media (DE) (n= 24)	Pacientes (EVA >= 50) media (DE) (n= 23)	p**
LSAS								
Ansiedad en actuaciones en público	13	0-39	15,06 (4,95)	22,73 (5,20)	< 0,05	15,41 (5,80)	23 (5,63)	< 0,05
Evitación de actuaciones en público	13	0-39	16,64 (6,87)	21,29 (7,22)	= 0,05	17,50 (7,51)	20,80 (6,69)	F6***
Ansiedad en situaciones de interacción social	21	0-33	16,87 (6,11)	20,76 (5,57)	< 0,05	17,19 (6,32)	21,34 (5,93)	< 0,05
Evitación de situaciones de interacción social	21	0-33	15,80 (7,0)	20,26 (5,92)	< 0,05	16,25 (7,25)	20,57 (4,21)	< 0,05
Total ansiedad social	34	0-72	35,92 (10,25)	43,5 (11,82)	< 0,01	36,62 (10,67)	44,34 (10,02)	< 0,05
Total evitación social	24	0-72	32,45 (13,67)	41,46 (13,69)	< 0,05	33,75 (14,32)	41,38 (10,54)	< 0,05
SADS								
Total ansiedad y evitación social	28	0-28	19,37 (4,96)	23,36 (4,78)	< 0,01	20,28 (5,54)	23,49 (4,32)	F6***
SDI								
Total Síntoma de incapacidad	3	0-30	15,83 (5,79)	20,76 (4,11)	< 0,01	17,27 (5,73)	19,47 (5,29)	F6***
Ítem: estrés percibido	1	0-10	5,22 (2,10)	7,46 (1,54)	< 0,01	5,77 (2,19)	7,04 (1,91)	< 0,05
Ítem: apoyo social percibido	1	0-100	55,48 (27,79)	47,69 (28,32)	F6***	53,88 (29,01)	48,57 (26,69)	F6***

*Prueba de la t de comparación entre los grupos según el nivel de ansiedad. **Prueba de la t de comparación entre los grupos según el estado de salud percibido. *** $p < 0,05$.

Reproducibilidad

En la tabla 6, se indica el CCI de las subescalas de los cuestionarios LSAS, SADS y SDI. El tiempo medio del intervalo entre la visita test y retest fue de 14,4 días (DE = 2). Los CCI obtenidos fueron $\geq 0,82$ para todas las subescalas, excepto para los ítems de estrés y apoyo social percibidos del SDI, indicando una alta fiabilidad test-retest.

TABLA 5

Reproducibilidad de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Social Anxiety and Distress Scale (SADS) y Sheehan Disability Inventory (SDI)

	Ítem	Puntuación del test Media (DE) (n = 57)	Puntuación del retest Media (DE) (n = 57)	Diferencia (test-retest) Media (DE)	CCI*
LSAS	Ansiedad en actuaciones en público	13 20,73 (5,95)	20,71 (6,71)	0,02 (3,61)	0,82
	Evitación de situaciones en público	13 18,71 (7,33)	18,19 (7,38)	-0,47 (4,36)	0,82
	Ansiedad en situaciones de interacción social	11 18,64 (6,14)	17,96 (6,53)	0,68 (3,13)	0,87
	Evitación de situaciones de interacción social	11 17,84 (7,13)	17,33 (7,16)	0,51 (3,43)	0,88
	Total ansiedad social	24 39,38 (11,09)	39,68 (12,08)	0,7 (5,63)	0,88
	Total evitación social	24 36,56 (13,47)	36,52 (13,55)	0,04 (6,58)	0,88
SADS	Total ansiedad y evitación social	28 21,10 (5,20)	21,01 (5,34)	0,09 (2,76)	0,86
SDI	Total incapacidad	3 18,08 (5,82)	17,08 (5,97)	1 (2,71)	0,87
	Ítem estrés percibido	1 5,24 (2,15)	5,66 (2,08)	0,58 (1,77)	0,63
	Ítem apoyo social percibido	1 51,93 (28,05)	51,4 (26,42)	0,53 (19,22)	0,75

*p < 0,001 para todos los coeficientes de correlación intraclass (I,0,0).

Las versiones validadas en español de los cuestionarios LSAS, SADS y SDI se recogen en el anexo 1.

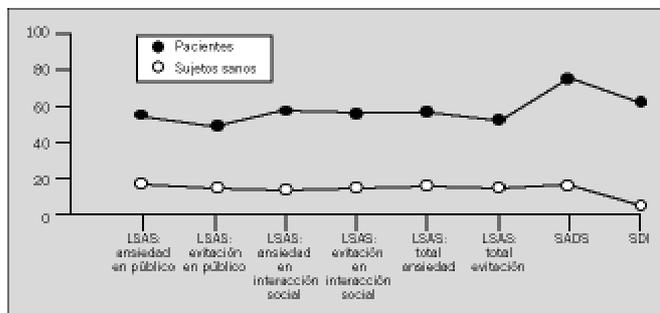


Fig. 1. Comparación entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Social Anxiety and Distress Scale (SADS) y Sheehan Disability Inventory (SDI). Las puntuaciones obtenidas en los distintos subcuestionarios de los tres cuestionarios fueron previamente transformadas a un cuestionario de 0 a 100 a fin de facilitar la interpretación del gráfico.

Discusión

Disponer de instrumentos psicométricos adecuados en la investigación y la práctica clínicas es una necesidad inherente a la psiquiatría. Para el trastorno de fobia social, en los últimos años se ha generalizado el uso de tres cuestionarios LSAS, SADS y SDI, diseñados y validados en inglés. Su uso en España requiere, por tanto, su traducción y adaptación en español, y la validación del constructo resultante. La validación de la versión en español en estos cuestionarios, siguiendo los estándares actuales³⁴, es el objetivo del presente trabajo. La finalidad última de la validación del constructo es asegurarse de que los instrumentos de medida en cuestión son útiles para medir lo que se pretende medir⁴⁷, y que por ello, sea adecuado su uso al margen de la práctica clínica en la realización de estudios internacionales en los que se pretenda agregar los datos obtenidos en centros de diversos países. A pesar de que las correlaciones obtenidas entre estos cuestionarios y otras medidas como la EEAG, la HAM-A y la EVA del EuroQol resultaron ser entre bajas y moderadas, y por tanto inferiores a lo esperado, los cuestionarios LSAS y SADS demostraron adecuada validez convergente, dado que las mayores correlaciones con otras variables que se obtuvieron fueron las existentes con las subescalas comunes de la HAM-A de ansiedad subjetiva y total. Del mismo modo, las altas correlaciones obtenidas entre los cuestionarios en estudio apoyan su validez de constructo, en cuanto que indican que están midiendo constructos asociados o similares. En este sentido, la utilización conjunta de los

dos cuestionarios LSAS y SADS no aporta información adicional en la evaluación clínica del paciente con fobia social. Por lo que respecta al SDI, destacan las correlaciones obtenidas con la HAM-A, que resultaron moderadas, y las obtenidas con la EEAG y la EVA, que en cambio resultaron bajas. Esto podría deberse a que el SDI está midiendo un constructo distinto a los que miden la EEAG y la EVA. Como la EEAG es evaluada por el psiquiatra, una explicación alternativa de la baja relación obtenida entre la EEAG y el SDI la constituye las diferencias que suele haber entre la evaluación autoadministrada y la realizada mediante entrevista por el psiquiatra^{48,49}. También es destacable que la correlación de la HAM-A con el SDI fuese mayor que con los cuestionarios LSAS y SADS. Esto podría deberse al hecho de que una gran parte de los pacientes incluidos en el estudio presentaban otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo distintos al de la fobia social, lo que constituye una limitación del estudio, pero que refleja lo que la práctica clínica demuestra, las altas tasas de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos en los pacientes con fobia social^{17,18}. Dado que el cuestionario SDI es un instrumento más genérico que los cuestionarios LSAS y SADS en relación al trastorno de fobia social, el SDI podría recoger, además del nivel de la incapacidad debida a los problemas de ansiedad social, el debido a otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo más generales, mientras que los cuestionarios LSAS y SADS recogerían aspectos específicos de la ansiedad y evitación social, ignorando otros posibles problemas asociados al nivel de ansiedad general. En cualquiera de estos casos, cabe concluir que el SDI aporta información adicional a la proporcionada por los cuestionarios LSAS y SADS, por lo que es útil como un instrumento de medida complementario en la evaluación del paciente con fobia social.

En este estudio, el análisis de la estructura interna de las medidas en estudio se ha limitado al análisis de las correlaciones entre las subescalas de los cuestionarios. Se obtuvo que la estructura interna de los cuestionarios LSAS y SDI aparece como adecuada, en cuanto que las distintas subescalas que los componen presentaron correlaciones entre moderadas y altas respectivamente, indicando que las distintas partes de estos cuestionarios están midiendo un mismo constructo. Para el cuestionario SADS, este tipo de análisis no pudo ser realizado, dado que no se conoce en la bibliografía ningún tipo de estructura interna de este cuestionario en forma de subescalas o dimensiones. Así mismo, los coeficientes de consistencia interna obtenidos ($r > 0,7$) indican la homogeneidad e interdependencia que presentan entre sí los ítems de cada subescala y del total de los tres cuestionarios en estudio, respecto al aspecto que evalúan. Por tanto, la consistencia interna presentada por todas las subescalas fue satisfactoria. Sin embargo, cabe subrayar que la homogeneidad del cuestionario SDI fue algo menor que la obtenida por los cuestionarios LSAS y SADS, seguramente debido al escaso número de ítems (3) que lo componen. En relación a esto, los autores de la versión original han propuesto recientemente añadir algunos ítems adicionales que podrían mejorar esta propiedad³⁰.

En cuanto a la validez discriminante, se ha cuestionado la capacidad de estos instrumentos para discriminar entre pacientes con distinto nivel de gravedad del trastorno de fobia social y entre pacientes con fobia social y otros trastornos de ansiedad^{38,50,51}. En este estudio, esta propiedad se ha evaluado comparando

entre pacientes y sujetos sanos, y comparando entre subgrupos de pacientes con distinta puntuación en la HAM-A y la EVA del EuroQol.

En este estudio, se ha encontrado que los pacientes obtienen puntuaciones significativamente más altas que los sujetos sanos en todos los cuestionarios objeto de validación. Este resultado estadístico se traduce en la clínica en diferencias de intensidad muy considerables, de tal forma que, como cabría esperar, los valores obtenidos por los sujetos sanos se sitúan en los límites inferiores del rango de puntuación de cada cuestionario, lo que equivale a la práctica inexistencia de síntomas. Por el contrario, el grupo de pacientes obtiene puntuaciones que se corresponden en la clínica con una intensidad moderada-grave del trastorno de fobia social.

Además, en el caso particular del SDI, los pacientes refieren que debido a su sintomatología de fobia social su capacidad para desenvolverse en el trabajo, en la vida familiar y en sociedad se ve afectada en más del 50%, mientras que los sujetos sanos indican una afectación de su funcionamiento en esas mismas dimensiones prácticamente nula. Del mismo modo, los pacientes se sienten menos arropados socialmente que los sujetos sanos, ya que únicamente manifiestan recibir el 50% del apoyo social que necesitan, mientras que los sujetos sanos sienten que reciben casi el 75% del apoyo social que precisan.

Como se ha observado, los cuestionarios distinguen entre pacientes y sujetos sanos, lo que permite su uso complementario en el diagnóstico de la fobia social. Según el análisis de curvas ROC realizado para el LSAS, el punto de corte óptimo para discriminar entre pacientes y sujetos sanos estaría comprendido entre los valores 19,6 y 32,7 en el cuestionario de ansiedad total (rango, 0-72), y entre 19,6 y 26,1 en el cuestionario de evitación total (rango, 0-72). Para el SADS, el punto de corte óptimo estaría comprendido entre los valores 7,6 y 14,8 (rango, 0-28). La elección de uno u otro punto de corte dependerá de la finalidad con que se utilice cada cuestionario: a) si se utilizan para aportar información adicional en los diagnósticos diferenciales sería recomendable utilizar los valores de los puntos de corte más conservadores con mayor especificidad * y menor sensibilidad $1-\beta$ (19,6 para el LSAS y 7,6 para el SADS), y b) si se pretende emplearlos para el cribado de posibles casos de fobia social, lo más recomendable será utilizar algún valor de los correspondientes a los puntos de corte con menor especificidad *, pero mayor sensibilidad $1-\beta$ (32,7 y 26,1 para el LSAS y 14,8 para el SADS). Aunque de los análisis de curvas ROC podría interpretarse que el LSAS es más sensible y el SADS más específico; según el área bajo la curva ROC debe concluirse que ambos cuestionarios demuestran una capacidad discriminante similar.

Los análisis de comparación entre grupos de pacientes con distinto nivel de ansiedad y estado de salud percibido también apoyan la validez discriminante de estos cuestionarios, y se encuentra que los pacientes que presentaron mayor nivel de ansiedad y percibieron su estado de salud como malo obtuvieron mayores puntuaciones en los cuestionarios. Sin embargo, dados los resultados obtenidos, el LSAS parece discriminar mejor que los cuestionarios SADS y SDI entre pacientes con distinta percepción de su estado de salud. Esto concuerda con los resultados de estudios anteriores que han cuestionado la validez discriminante del SADS para distinguir entre pacientes con distinto nivel de gravedad del trastorno de fobia social^{38,50,51}.

La reproducibilidad de LSAS, SADS y SDI fue igualmente satisfactoria para todas las subescalas y cuestionarios, excepto para el ítem de estrés percibido

del SDI. Las puntuaciones obtenidas en la visita retest fueron menores que las obtenidas en la visita test en todos los cuestionarios, excepto en el de evitación de actuaciones en público del LSAS, indicando una disminución de la ansiedad probablemente relacionada con el tratamiento. En particular, las subescalas que presentaron mayor reproducibilidad fueron las de ansiedad y evitación en situaciones de interacción social y los cuestionarios totales de ansiedad y evitación. La reproducibilidad del SADS (CCI = 0,86) resultó igualmente satisfactoria, aunque no es comparable a la obtenida con la versión original ($R = 0,68$)²⁰, porque los coeficientes de correlación empleados (CCI frente al coeficiente de correlación de Pearson) y la muestra de sujetos (pacientes con fobia social frente a estudiantes) en uno y otro estudio son distintos. Finalmente, la reproducibilidad del SDI resultó elevada para el total de 3 ítems (CCI = 0,87), pero los ítems de estrés y apoyo social percibidos se mostraron más inestables a lo largo del tiempo (CCI = 0,63 y CCI = 0,75, respectivamente). Estos resultados son debidos probablemente a la formulación de estos 2 ítems que son referidos a constructos transitorios en el tiempo, sujetos a la aparición de determinados episodios que suceden de forma irregular. Por esta misma razón, es posible que las puntuaciones de las subescalas del LSAS relativas a ansiedad y evitación de actuaciones en público resulten algo menos reproducibles que el resto, porque los ítems que las componen son más sensibles a la aparición de determinadas situaciones que ocurren de forma esporádica e irregular en el tiempo (p. ej., «actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público» y «hacer un examen, test o prueba»).

Como conclusión, este estudio demuestra que las versiones adaptadas al español de los cuestionarios LSAS, SADS y SDI poseen adecuadas propiedades psicométricas para su uso en la investigación y la práctica asistencial en España. Por otra parte, el LSAS ha demostrado mayor capacidad para discriminar entre pacientes con distinta percepción de la afectación del propio estado de salud, y los ítems de estrés y apoyo social percibido del SDI han demostrado ciertas deficiencias psicométricas consistentes con lo indicado en estudios anteriores³⁰.

ANEXO 1

Versiones validadas en español de los tres cuestionarios

1. Cuestionario de ansiedad social de Liebowitz (LSAS)

Puntuación del cuestionario

Subtotal de ansiedad de actuación (P)	Sumar las P:		Evitación (S)		LSAS-P
Subtotal de ansiedad social (S)	Sumar las S:		Evitación (P)		LSAS-S
Total de ansiedad (P + S)	Sumar P + S:		Evitación (P + S)		LSAS-T

Miedo o ansiedad:	Evitación:
0 = Nada de miedo o ansiedad	0 = Nunca lo evito (0%)
1 = Un poco de miedo o ansiedad	1 = En ocasiones lo evito (1-33%)
2 = Bastante miedo o ansiedad	2 = Frecuentemente lo evito (33-67%)
3 = Mucho miedo o ansiedad	3 = Habitualmente lo evito (67-100%)

Para cada cuestionario (miedo/ansiedad, evitación) se generan dos puntuaciones totales entre 0 (grado nulo de ansiedad y evitación) y 72 (grado máximo de ansiedad y evitación) puntos.

	Miedo/ansiedad	Evitación
1. Llamar por teléfono en presencia de otras personas (P)	LSAS1	LSAS11
2. Participar en grupos pequeños (P)	LSAS2	LSAS12
3. Comer en lugares públicos (P)	LSAS3	LSAS13
4. Beber con otras personas en lugares públicos (P)	LSAS4	LSAS14
5. Hablar con personas que tienen autoridad (S)	LSAS5	LSAS15
6. Actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público (P)	LSAS6	LSAS16
7. Ir a una fiesta (S)	LSAS7	LSAS17
8. Trabajar mientras le están observando (P)	LSAS8	LSAS18
9. Escribir mientras le están observando (P)	LSAS9	LSAS19
10. Llamar por teléfono a alguien que usted no conoce demasiado (S)	LSAS10	LSAS20
11. Hablar con personas que usted no conoce demasiado (S)	LSAS11	LSAS21
12. Conocer a gente nueva (S)	LSAS12	LSAS22
13. Usar los servicios públicos (P)	LSAS13	LSAS23
14. Entrar en una sala cuando el resto de la gente ya está sentada (P)	LSAS14	LSAS24
15. Ser el centro de atención (S)	LSAS15	LSAS25
16. Intervenir en una reunión (P)	LSAS16	LSAS26
17. Hacer un examen, test o prueba (P)	LSAS17	LSAS27
18. Expresar desinterés o desaprobación a personas que usted no conoce demasiado (S)	LSAS18	LSAS28
19. Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado (S)	LSAS19	LSAS29
20. Exponer un informe a un grupo (P)	LSAS20	LSAS30
21. Intentar ligarse a alguien (P)	LSAS21	LSAS31
22. Decidir una compra a una tienda (S)	LSAS22	LSAS32
23. Dar una fiesta (S)	LSAS23	LSAS33
24. Recibir la presión de un vendedor muy insistente (S)	LSAS24	LSAS34

2. Cuestionario de Ansiedad y Aislamiento Social (SAOS)

Cada ítem es contestado de forma dicotómica: verdadero (= 0) o falso (= 1). La puntuación total se obtiene de la suma de las respuestas: 0 = ausencia total de ansiedad y evitación; 28 = máximo grado de ansiedad y evitación.

Los cada uno de las siguientes afirmaciones con atención y marque verdadero o falso en la casilla correspondiente:

1. Me siento relajado/a en situaciones sociales poco formales
2. Intento evitar situaciones que me obligan a ser muy sociable
3. Me resulta fácil relajarme cuando estoy con desconocidos
4. No deseo evitar a la gente
5. Las situaciones sociales a menudo me disgustan
6. Suelo sentirme relajado/a y cómodo/a en las situaciones sociales
7. Suelo sentirme cómodo/a hablando con una persona del sexo opuesto
8. Intento evitar hablar con otras personas, a menos que las conozca bien
9. Si tengo la oportunidad de conocer a gente nueva, suelo aprovecharla
10. A menudo me siento nervioso/a o tenso/a en reuniones informales en las cuales hay personas de ambos sexos
11. Suelo estar nervioso/a cuando estoy con otras personas, a menos que los conozca bien
12. Suelo sentirme relajado/a cuando estoy con mucha gente
13. A menudo deseo huir de la gente
14. Suelo sentirme incómodo/a cuando estoy con un grupo de personas a las que no conozco
15. Suelo sentirme relajado/a cuando conozco a alguien por primera vez
16. Me pone tenso/a y nervioso/a que me presenten a otras personas
17. Aunque una habitación esté llena de desconocidos, puedo entrar en ella
18. Evitarla alocarme y críme a un grupo grande de gente
19. Cuando mis superiores quieren hablar conmigo, lo hago de buena gana
20. A menudo me pongo nervioso/a cuando estoy con un grupo de personas
21. Tengo tendencia a eludirme de la gente
22. No me importa hablar con gente en fiestas o reuniones sociales
23. Raramente me siento cómodo/a en un grupo grande de gente
24. A menudo me siento vacilante para evitar compromisos sociales
25. A veces temo la invitación de presentar a la gente
26. Intento evitar actos sociales formales
27. Suelo ir a cualquier compromiso social que tengo
28. Me resulta fácil relajarme estando con otras personas

0 Verdadero	1 Falso	
		SAOS1
		SAOS2
		SAOS3
		SAOS4
		SAOS5
		SAOS6
		SAOS7
		SAOS8
		SAOS9
		SAOS10
		SAOS11
		SAOS12
		SAOS13
		SAOS14
		SAOS15
		SAOS16
		SAOS17
		SAOS18
		SAOS19
		SAOS20
		SAOS21
		SAOS22
		SAOS23
		SAOS24
		SAOS25
		SAOS26
		SAOS27
		SAOS28

3. Cuestionario de Incapacidad de Sheitlin (SI)

Cuando uno de los primeros 3 ítems es contestado en un cuestionario de respuesta de 0 a 10, en total, la puntuación global varía entre 0 puntos (= nula discapacidad) y 30 puntos (= máxima discapacidad). El ítem de acción es contestado en un cuestionario de 0 a 10, y el de apoyo social en un cuestionario de 0 a 100 puntos (%).

Instrucciones: marque con una cruz el número que describe mejor su situación actual

Trabajo
A causa de sus síntomas, su trabajo se ha visto perjudicado:

No, en absoluto Levemente Moderadamente Marcadamente Extremadamente
 0 ← 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 → 10

Vida social
A causa de sus síntomas, su vida social y sus actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas:

No, en absoluto Levemente Moderadamente Marcadamente Extremadamente
 0 ← 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 → 10

Vida familiar
A causa de sus síntomas, su vida familiar y sus responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas:

No, en absoluto Levemente Moderadamente Marcadamente Extremadamente
 0 ← 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 → 10

Éxito percibido
Desde su última vista, ¿cuánto le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales como los problemas en el trabajo, un caso, de salud o económicos?

No, en absoluto Levemente Moderadamente Marcadamente Extremadamente
 0 ← 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 → 10

Apoyo social percibido
Durante la última semana, ¿qué porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., respecto al apoyo que ha necesitado?

Ningún apoyo, en absoluto Un poco Moderado Considerable El apoyo ideal
 0% ← 10 — 20 — 30 — 40 — 50 — 60 — 70 — 80 — 90 — 100%

Bibliografía

1. *American Psychiatric Association* Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3.a ed.). Washington, DC: APA, 1980
2. *Solyom L, Ledwidge B, Solyom C* Delineating social phobia. Br J Psychiatry 1986; 149: 464-470 [Medline]
3. *Mannuzza S, Fyer AJ, Liebowitz MR, Klein DL* Delineating the boundaries of social phobia: its relationship to panic disorder and agoraphobia. J Anxiety Disord 1990; 4: 41-59
4. *Greist JH* The diagnosis of social phobia. J Clin Psychiatry 1995; 56 (5 Supl): 5-12
5. *American Psychiatric Association* Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. Barcelona: Masson S.A., 1995
6. *Davidson JRT, Tupler LA, Potts NLS* Treatment of social phobia with benzodiazepines. J Clin Psychiatry 1994; 55 (6 Supl): 28-32
7. *Fahlén T, Nilsson HL, Borg K, Himble M, Pauli U* Social phobia: the clinical efficacy and tolerability of the monoamine oxidase A and serotonin uptake

- inhibitor brofaromine. A double-blind placebo-controlled study. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 351-358[\[Medline\]](#)
8. *Jefferson JW* Social phobia: a pharmacologic treatment overview. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 (5 Supl): 18-24
 9. *Katzelnick DJ, Kenneth AK, Greist JH, Jefferson JW, Mantle JM, Serlin RC* Sertraline for social phobia: a double-blind, placebo-controlled crossover study. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1.368-1.371[\[Medline\]](#)
 10. *Bobes García J, González-Portilla MP, Gilbert Rahola J, Tejedor del Real P* Bases para el tratamiento biológico de la fobia social. En: Cervera S, Bobes J, Roca M, editores. *Fobia social*. Barcelona: Masson, 1998; 159-238
 11. *Liebowitz MR, Schneier FR, Campeas R, Hollander E, Hatterer J, Fyer A* Phenelzine versus atenolol in social phobia: a placebo controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 290-300[\[Medline\]](#)
 12. *Van Vliet IM, Den Boer JA, Westenberg HGM, Ho Pian KL* Clinical effects of buspirone in social phobia: a double blind placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 164-168[\[Medline\]](#)
 13. *Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, Nutt DJ, Bobes J et al* Consensus Statement on Social Anxiety Disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 (Supl 17): 54-60
 14. *Stein MB, Walker JR, Forde DR* Setting diagnostic thresholds for social phobia: considerations from a community study of social anxiety. *Am J Psychiatry* 1994; 152: 408-412
 15. *Kessler RC, McGonagle KA, Zhao SZ, Nelson CB, Hughes M, Eshkeman S et al* Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19[\[Medline\]](#)
 16. *Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC* Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 159-168[\[Medline\]](#)
 17. *Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM* Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 282-288[\[Medline\]](#)
 18. *Seguí J, Salvador L, Canet J, Aragón C, Herrera C* Comorbilidad del trastorno de pánico y fobia social. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1995; 23: 43-47
 19. *Weiller E, Bisslerbe JC, Boyer P, Lepine JP, Lecrubier Y* Social phobia in general health care: an unrecognised undertreated disabling disorder. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 169-174[\[Medline\]](#)
 20. *Watson D, Friend R* Measurement of social-evaluative anxiety. *J Clin Psychol* 1969; 33: 448-457[\[Medline\]](#)
 21. *Marks IM, Mathews AM* Brief standard rating for phobic patients. *Behav Res Ther* 1979; 17: 263-267[\[Medline\]](#)
 22. *Turner SM, Beidel DC, Dancu CV, Stanley MA* An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological assessment*. *J Consult Clin Psychol* 1989; 1: 35-40
 23. *Herbert JD, Bellack AS, Hope DA* Concurrent validity of the social phobia and anxiety inventory. *J Psychopathol Behavior Assess* 1991; 13: 357-368
 24. *Osman A, Barrios FX, Aukes D, Osman JR* Psychometric evaluation of the social phobia and anxiety inventory in college students. *J Clin Psychol* 1995; 51: 235-243[\[Medline\]](#)

25. Glass CR, Meluzzi TV, Biever JL, Larson KH Cognitive assessment of social anxiety: development and validation of a self-statement scale. *Cognitive Ther Res* 1982; 6: 37-55
26. Davidson JRT, Potts NLS, Richichi EA, Ford SM, Krishnan KRR, Smith RD et al The Brief Social Phobia Scale. *J Clin Psychiatry* 1991; 52 (Supl): 48-51
27. Davidson JRT, Miner CM, De Veagh-Geiss J, Tupler LA, Coket JT, Potts NLS The brief Social Phobia Scale: a psychometric evaluation. *Psychol Med* 1997; 27: 161-166[[Medline](#)]
28. Liebowitz MR Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1987; 22: 141-173[[Medline](#)]
29. Sheehan DV The anxiety disease. Nueva York: Bantam, 1983
30. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA The measurement of disability. *Int Clin Psychopharm* 1996; 3 (Supl): 89-95
31. Turner SM, Beidel DC, Wolff PL A composite measure to determine improving following treatment for social phobia: the Index of Social Phobia Improvement. *Behav Res Ther* 1994; 32: 471-476[[Medline](#)]
32. Turner SM, Beidel DC, Cooley MR, Woody SR, Messer SC A multicomponent behavioral treatment for social phobia: social effectiveness therapy. *Behav Rev Ther* 1994; 32: 381-390
33. Gelernter CS, Uhde TW, Cimboric P, Arnkoff DB, Vittone BJ, Tancer ME et al Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 938-945[[Medline](#)]
34. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X & «Equivalence» and the translation and adaptation of health-related quality of life scales. *Qual Life Res* 1997; 6: 237-247[[Medline](#)]
35. Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Shema SK, Kaplan GA New burden or more of the same? Comparing grandparents, spouse and adult child caregivers. *Gerontologists* 1997; 37: 505-510
36. Cohen J Statistical power analysis for the behavioral sciences (2.a ed. revisada). Hillsdale, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1988
37. Tormo M J, Dal-Ré R, Pérez G Ética e investigación epidemiológica: principios, aplicaciones y casos prácticos. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología, 1998
38. Heimberg RG, Hope DA, Rapee RM, Bruch MA The validity of the Social Avoidance and Distress Scale and the Fear of Negative Evaluation Scale. *Behav Res Ther* 1988; 26: 407-410[[Medline](#)]
39. Hamilton M The assessment of anxiety by rating. *Br J Psychiatry* 1959; 32: 50-55
40. Beneke M Methodological investigations of the Hamilton Anxiety Scale. *Pharmacopsychiatry* 1987; 20: 249-255[[Medline](#)]
41. Badia X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M Using the EuroQol 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res* 1998; 7: 311-322[[Medline](#)]
42. Campbell DT, Fiske DW Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychol Bull* 1959; 56: 81-105
43. Martínez R Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos. Madrid: Editorial Síntesis, 1995
44. Burgueño MJ, García-Bastos JL, González-Buitrago JM Las curvas ROC en la evaluación de las pruebas diagnósticas. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 661-670[[Medline](#)]

45. Swets JA Measuring the accuracy of diagnostic systems. Science 1988; 240: 1.285-1.293[\[Medline\]](#)
46. Prieto L, Lamarca R, Casado A La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclase. Med Clin (Barc) 1998; 110: 142-145[\[Medline\]](#)[\[Artículo\]](#)
47. Nunnally JC Psychometric theory. Nueva York: McGraw-Hill, 1978
48. Locander W, Sudman S, Bradburn N An investigation of interview method, threat and response distortion. J Am Stat Assoc 1976; 71: 269-274
49. Sprangers MAG, Aaronson NK The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease: a review. J Clin Epidemiol 1992; 45: 743-760[\[Medline\]](#)
50. Turner SM, McCanna M, Beidel DC Validity of the Social Avoidance and Distress and Fear of Negative Evaluation Scale. Behav Res Ther 1987; 25: 113-115[\[Medline\]](#)
51. Turner SM, Beidel DC Some further comments on the measurement of social phobia. Behav Res Ther 1988; 26: 411-41[\[Medline\]](#)