

«ESCALA PARA LA DETECCIÓN DE LA ANSIEDAD SOCIAL (EDAS)»: ESTRUCTURA FACTORIAL Y FIABILIDAD EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES ENTRE 14 Y 18 AÑOS

José Olivares Rodríguez, José Antonio Piqueras Rodríguez y
Raquel Sánchez-García
Universidad de Murcia (España)

Resumen

El objetivo principal de este estudio fue analizar la estructura factorial y la fiabilidad de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS). La escala fue aplicada a una muestra de 3.181 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria entre 14 y 18 años. El autoinforme está integrado por 26 ítems y una escala de respuesta de 5 puntos. El análisis factorial exploratorio aisló 2 factores: Ansiedad Social e Interferencia, los cuales explicaron el 40,52% de la varianza. La consistencia interna fue alta (0,92). No se encontraron diferencias significativas debidas al sexo, a la edad y a la interacción entre el sexo y la edad, a excepción del efecto debido al género en la subescala de Ansiedad Social (las chicas muestran mayor puntuación que los chicos). Los resultados apoyan la fiabilidad y validez de la EDAS en la evaluación de la ansiedad social en adolescentes españoles.

PALABRAS CLAVE: *Adolescentes, ansiedad social, autoinforme, validación.*

Abstract

The main aim of this study was to analyze the factor structure and reliability of the Escala para la Ansiedad Social (EDAS) (Scale for Social Anxiety), a new self-report instrument developed to assess social anxiety in adolescence. The questionnaire was applied to a sample of 3181 high school students between the ages of 14 and 18. The scale consisted of 26 items and a 5-point rating-scale, from 1 to 5. The exploratory factor analysis isolated 2 factors: Social Anxiety and Interference, which accounted for 40.52% of variance. Internal consistency (0.92) was high. No significant differences due to gender, age and gender by age were found, but females presented higher scores on the Social Anxiety subscale than males. Results support the reliability and validity of the EDAS in the assessment of social anxiety for Spanish adolescents.

KEY WORDS: *Adolescents, social anxiety, self-report, validation.*

Introducción

Hasta no hace mucho tiempo todavía se defendía la creencia de que la fobia social era un trastorno psicológico poco frecuente, que raramente resultaba incapacitante y que era poco probable que un sujeto padeciera más de un tipo de fobia social (c.f., Olivares, 2004a). Pero lo cierto es que, desde su reconocimiento como entidad con significación clínica (DSM-III; APA, 1980), la evidencia empírica y experimental acumulada por la investigación en relación con este trastorno de la conducta desmiente abiertamente tales creencias. Tal es así que a día de hoy ningún clínico puede sostener que son pocas las personas con fobia social que se sienten intimidadas cuando se encuentran frente a situaciones sociales en las que tienen que actuar o relacionarse ante o con otros, ni que el deterioro funcional asociado a este problema en los adultos no es importante cuando puede llevar al sujeto que lo padece desde el abuso en el consumo de sustancias tóxicas (de curso legal o ilegal) hasta la depresión y el suicidio, como consecuencia de sus dificultades para mantener un empleo y la consecuente dependencia económica de sus familiares.

De acuerdo con los datos de la American Psychiatric Association (APA, 2000), la fobia social es el tercer trastorno con mayor frecuencia de ocurrencia, después de la depresión mayor y la dependencia del consumo de alcohol. Kessler *et al.*, (1994) estimaron su índice medio de prevalencia, a lo largo de la vida, en el 13,3%. Otros datos informan que en torno al 4,5% de las personas adultas sufren fobia social y que el 9,5% la padecen o la han padecido en alguna época de su vida. Tales datos, por sí solos, ponen de relieve que nos hallamos ante un problema de salud pública grave, que necesariamente requería y requiere de su consideración, investigación y tratamiento por parte de la psicología clínica. Para un mayor conocimiento de los resultados de los estudios epidemiológicos realizados sobre este problema puede consultarse Olivares, Caballo, García-López, Rosa y López-Gollonet (2003).

Es cierto que la investigación sobre la fobia social ha crecido de forma exponencial desde 1980 hasta ahora. Ahora bien, esta afirmación es una verdad válida para el mundo adulto, no es generalizable a todos los rangos de edad en los que los humanos somos susceptibles de presentar este trastorno de la conducta. Así, en el campo de la infancia y la adolescencia el número de investigaciones realizadas ha sido mucho más limitado. Su número es tan pequeño que, por ejemplo, hasta hace muy poco tiempo había resultado imposible meta-analizar los resultados de los efectos de su tratamiento (véase Olivares, Rosa, Caballo, García-López, Orgilés y López-Gollonet, 2003). Dicho de otra forma, en los tramos evolutivos que definimos como infancia y adolescencia, la fobia social sigue siendo un trastorno de la conducta escasamente investigado. En principio podría pensarse, tal como se ha creído también durante mucho tiempo, que es un problema propio del mundo adulto. Nada más lejos de la realidad. La edad media de inicio se sitúa entre los 14 y los 16 años de acuerdo con los datos de 1994 del National Institute of Mental Epidemiologic Catchment Area Program, aunque no es raro que algunos sujetos informen de un inicio anterior. La edad mediana ha sido de 12,7 y 16 años en los estudios

epidemiológicos, situándose entre los 11 y los 12 años la edad media de comienzo para la población clínica infantil. Las tasas de ocurrencia que hemos encontrado en el sureste español se sitúan en el 8,2% (Región de Murcia y sur de la Comunidad Valenciana), las cuales también ubican este problema entre los de mayor prevalencia en estos tramos de edad (véase Olivares, 2004b). Podría entonces argumentarse que puede que no interese a los investigadores y clínicos porque en la infancia y la adolescencia sus efectos no tengan significación clínica. Tampoco ello es cierto. Distintos trabajos han mostrado una elevada comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y personalidad (Beidel, 1991; Beidel y Turner, 1998), encontrándose de igual modo una alta tasa de intentos de suicidio. Es decir, este trastorno psicológico puede tener para los adolescentes graves repercusiones al menos en tres ámbitos. En primer lugar, distintos estudios han constatado consecuencias negativas en el ámbito académico, ya que estos sujetos rehuyen la participación en clase, la presentación en público de trabajos y evitan preguntar dudas al profesor tanto en público como de forma privada. La evitación de estas tareas conlleva que el alumno obtenga notas por debajo de su nivel, un dato especialmente importante dada la relevancia de estas calificaciones en el futuro del sujeto (por ejemplo, en la posible elección de la carrera universitaria en España), pero además en muchos casos también termina llevando al sujeto al abandono completo de los estudios. En segundo lugar, en el contexto psicopatológico, puesto que al evitar o escapar de las situaciones sociales, su tasa de reforzadores sociales es muy baja o nula, es mucho más probable la ocurrencia de estados del ánimo depresivos cuyas repercusiones pueden llegar a poner en peligro su vida o incluso terminar con ella. Por último, dentro del ámbito de la salud, como consecuencia de la elevada intensidad de sus respuestas de ansiedad, también existe un mayor riesgo de iniciarse y mantenerse en el consumo de drogas legales e ilegales. Así pues, la escasez de estudios tampoco se debe a que las repercusiones del trastorno no tengan relevancia.

En cualquier caso, ya se trate de población adulta o adolescente, el tratamiento de la fobia social requiere como paso previo disponer de instrumentos de evaluación válidos y fiables que permitan tanto identificar sujetos con ansiedad/fobia social como evaluar la eficacia del tratamiento preventivo y terapéutico.

No obstante, pese a que en los últimos años se ha incrementado exponencialmente el número de trabajos publicados sobre instrumentos de evaluación diseñados específicamente para evaluar este trastorno, especialmente escalas de lápiz y papel (Clark *et al.*, 1997), a día de hoy no existe ningún instrumento de evaluación construido específicamente para medir la ansiedad/fobia social en población española adolescente. La necesidad de intervenir y la premura por hacerlo lo antes posible nos ha llevado a priorizar la adaptación y validación para población de lengua española de las escalas desarrolladas en países anglosajones (véase, por ejemplo, Apiquián y Nicolini, 2000; García-López, Olivares y Vera-Villarroel, 2003 o Caballo, Olivares, López-Gollonet, Irurtia y Rosa, 2003), dejando para una segunda fase la posibilidad de construir nuestras propias escalas cuando ello fuese necesario y estuviera justificado. Es decir, no hemos de olvidar que la validación transcultural de los instrumentos de evaluación permite que los resultados de nuestros trabajos

puedan ser discutidos en el contexto internacional, por lo que la creación de nuevas escalas sólo está justificada cuando no exista ya otra que mida lo que deseamos medir y goce de buenas propiedades psicométricas; si existe, la alternativa de primera elección es su traducción, adaptación y validación.

De este modo, la construcción de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS; Olivares y García-López, 1998), se debe a la inexistencia en aquél momento de un instrumento que nos permitiera, mediante el empleo de un formato breve, detectar de forma rápida, válida y fiable a adolescentes y adultos con ansiedad social y alta probabilidad de cumplir los criterios requeridos por la APA (1994, 2000) para el diagnóstico de fobia social o trastorno por ansiedad social. Ello nos permitiría usar el instrumento en las tareas de detección que realizamos en el contexto comunitario, en tanto que medida de criba, tamizado o «*screening*». Además, la EDAS se inserta en el contexto del modelo cognitivo-conductual integrador (Olivares, Méndez y Macià, 2003; Rosa, Olivares y Méndez, 2004), dentro del marco conceptual sobre la ansiedad/fobia social que recientemente han propuesto Olivares y Caballo (2003).

El primer objetivo de este estudio fue analizar la estructura factorial (validez de constructo) y la fiabilidad (consistencia interna) de la EDAS con el fin de disponer de un instrumento que permita identificar adolescentes socialmente ansiosos, seleccionar aquellas conductas que puedan ser incluidas en programas de entrenamiento y evaluar la efectividad del tratamiento. El trabajo preliminar a partir del cual se desarrolló el presente puede consultarse en Olivares, García-López y Piqueras (en prensa).

Nuestro segundo objetivo fue realizar un análisis descriptivo de la ansiedad social en la adolescencia en función del sexo y de la edad. Diferentes trabajos en población comunitaria infantil y adolescente señalan que la población femenina presenta niveles de ansiedad social más elevados que la de los varones (Clark, Turner, Beidel, Donovan, Kirisci y Jacob, 1994; Essau, Conradt y Petermann, 1999; Inderbitzen, Walters y Bukowski, 1997; La Greca y López, 1998; Olivares *et al.*, 1999; Wittchen, Stein y Kessler, 1999) y que, entre adultos, las mujeres presentan el doble de probabilidad de experimentar fobia social que los hombres (Schneier, Johnson, Horning, Liebowitz y Weissman, 1992). La misma afirmación no es válida en el marco clínico, ya que en este ámbito el porcentaje de varones con un diagnóstico de FS iguala o supera al de las mujeres, situándose en un 48%-60% (v.gr., Beidel y Turner, 1998). Respecto a la distribución en función de la edad los estudios muestran que la Fobia Social disminuye su prevalencia a medida que se avanza en edad (v.gr., Furmark, Tillfors, Everz, Marteinsdottir, Gefvert y Fredrikson, 1999; Stein y Kean, 2000).

Método

Sujetos

La muestra estuvo compuesta por 3.181 adolescentes (1.589 chicas y 1.592 chicos), estudiantes de 12 centros públicos de educación secundaria obligatoria (el 50,33% cursaban 3º y 45,21% 4º de ESO) y 1º de Bachillerato (4,46%), todos ellos

de la Región de Murcia. La edad de los estudiantes estuvo comprendida entre los 14 y los 18 años ($M = 15,13$; $D.T. = 0,97$). En la tabla 1 recogemos los datos relativos a la distribución de las variables sexo y edad de esta población.

Tabla 1

Número (y porcentaje) de sujetos de la muestra clasificados por edad y sexo

	Años				Total
	14-15	15-16	16-17	17-18	
Varones	465 (14,62)	499 (15,69)	470 (14,78)	155 (4,87)	1589 (49,95)
Mujeres	570 (17,92)	499 (15,69)	388(12,20)	135(4,24)	1592 (50,05)
Total	1035 (32,54)	998 (31,37)	858 (26,98)	290 (9,11)	3181 (100)

Procedimiento

El proceso que se siguió para la construcción y validación del instrumento estuvo integrado por tres fases: la relativa a la selección de los ítems que habrían de integrar la EDAS, la aplicación de la prueba en la muestra comunitaria y la concerniente al cálculo de los valores de su fiabilidad y validez.

a) Elaboración de la escala

La primera tarea implicada en esta fase fue revisar la literatura sobre la construcción y validación de escalas para la evaluación de ansiedad social (por ejemplo, DiBartolo, Albano, Barlow y Heimberg, 1998; La Greca y López, 1998; La Greca y Stone, 1993 o Turner y Beidel, 1998), a fin de identificar los ítems con mayor peso y más representativos en los instrumentos publicados (así, SIAS y SPS, Mattick y Clarke, 1998; SPAI, Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989; SAS-A, La Greca y López, 1998 o SASC-R, La Greca y Stone, 1993). Este cotejo de ítems nos permitió seleccionar aquellos que:

- hacían referencia expresa a los criterios diagnósticos del DSM para la fobia social. En este sentido, el cuestionario se diseñó de tal modo que sus dos primeros ítems tuvieran por objeto evaluar el componente cognitivo de la fobia social (criterio A; APA, 1994); el resto se destinaron tanto a la medida del miedo y la evitación (criterios B-D) como a la del nivel de interferencia que el trastorno pudiera presentar en el sujeto (criterio E).
- respondieran en su operacionalización a la propuesta de Lang (1968) sobre la operacionalización del patrón de respuestas de ansiedad en el relación con triple sistema de respuesta (cognitivo, psicofisiológico y motor).

A continuación los ítems seleccionados se confrontaron y complementaron con el listado de las situaciones sociales más frecuentemente temidas por aquellos sujetos que habían sido tratados previamente por los autores de la escala.

De este proceso resultó una colección de diez ítems o elementos que son los que integran actualmente la versión de la EDAS que presentamos aquí.

b) Descripción de la escala

De los 10 ítems que integran la Escala, 2 tienen un formato dicotómico (Si / No) y valoran el cumplimiento del «criterio A» del trastorno de ansiedad/fobia social (componente cognitivo —DSM-IV-TR; APA, 2000—); los 8 ítems restantes se presentan bajo el formato de una escala tipo Likert con cinco alternativas de respuesta (rango: 1-5). Estos 8 ítems presentan al sujeto situaciones sociales (de relación o actuación) que generalmente son temidas por los sujetos con ansiedad/fobia social y son valorados de acuerdo con el grado de evitación, sobreactivación e interferencia que ocasiona cada uno de ellos al sujeto (Criterios B-E). En consecuencia, la EDAS evalúa el constructo ansiedad/fobia social teniendo en cuenta el criterio de interferencia, lo que la sitúa como la única escala que contempla este aspecto tan relevante para el diagnóstico del trastorno que nos ocupa (véase copia de la escala en Apéndice).

c) Formas de corrección

La EDAS está integrada por dos subescalas o factores. La primera, denominada «Ansiedad Social», se obtiene de la suma de las puntuaciones obtenidas en las ocho situaciones sociales indicadas, tanto en la columna relativa al componente de evitación como en la de «nerviosismo» o sobreactivación. Si tenemos en cuenta que la puntuación mínima es de 1 para cada situación, si se desea tomar 0 como referencia del límite inferior se habrán de sustraer 16 puntos de la suma de los valores obtenidos en esta subescala (uno por cada ítem). Por lo tanto, el rango de las puntuaciones de esta subescala puede ser de 0-64 o de 16-80, si la referencia del límite inferior es 1.

El valor del segundo factor («Interferencia») se halla sumando los valores de los 8 ítems de la última columna de Escala. Tal como ya hemos indicado, si queremos tener en cuenta el criterio de sustracción (reducción de un punto por ítem) para tener como límite inferior del rango de las puntuaciones 0, las puntuaciones que el sujeto puede obtener varían entre 0-32; caso contrario, las puntuaciones estarán comprendidas entre 8 y 40.

La Puntuación Total se obtiene mediante la suma de los valores alcanzados por cada una de las subescalas, por lo que su rango se encuentra entre 0 y 96, si se sigue el criterio de sustracción punto-ítem o entre 24 y 120 si no se sigue.

Finalmente, el usuario de la escala habrá de tener en cuenta que los dos primeros ítems tienen un carácter cualitativo y no resultan necesarios para la obtención de las puntuaciones relativas ni a las subescalas ni a la puntuación total de la EDAS.

Aplicación de la escala

Se llevó a cabo una entrevista con los directores y los jefes de los departamentos de orientación de los centros participantes para exponer los objetivos de la investigación, describir los instrumentos de evaluación, solicitar permiso y promover su colaboración. Se aplicó la prueba dentro del rango comprendido entre los 14 años y los 18, de forma colectiva (grupos de 25 estudiantes aproximadamente), procediéndose como sigue: entrega de los ejemplares, rellenado de los apartados relativos a los datos de identificación y lectura en voz alta las instrucciones, enfatizando la importancia de no dejar ninguna pregunta sin contestar. Finalmente se aclararon las dudas de los participantes, procurando no influir en sus respuestas. Los investigadores estuvieron presentes durante el desarrollo de la administración de la prueba tanto para proporcionar información cuando resultaba necesaria, como para verificar la respuesta correcta e independiente por parte de los sujetos y asegurarse de que los datos de identificación habían sido debidamente anotados. El tiempo medio de aplicación de la EDAS para el conjunto de los participantes fue de 16 minutos.

Resultados

En primer lugar, procedimos a calcular sus propiedades psicométricas y, en segundo, realizamos un análisis descriptivo de la ansiedad social en la adolescencia.

Análisis factorial exploratorio

Se realizó un análisis factorial común de ejes principales iterados (AFC) con rotación varimax para explorar la estructura subyacente de la escala mediante el paquete estadístico SYSTAT 7.0 (Wilkinson, 1997). Para la solución factorial final se definieron tres criterios de inclusión: a) el Catell scree-test (Catell y Vogelmann, 1977), b) factores con un autovalor mayor que 1, y c) ítems que saturan en los factores seleccionados con carga igual o mayor que 0,40.

La solución factorial inicial quedó constituida por 3 factores que explicaron el 45,39% de la varianza total. El primer factor explicó un 20,85% de la varianza total e incluyó los ítems que hacían referencia a la evitación y el nerviosismo a las situaciones sociales, a excepción de la situación de escribir, comer o beber delante de otros (ítems 15 y 16). El segundo factor, relativo a la interferencia generada por la ansiedad social, explicó el 16,45% de la varianza y el tercero el 8,12% de la varianza total e incluyó los ítems 15, 16 y 17 (evitación, miedo e interferencia en la situación de escribir, comer o beber delante de gente). Sin embargo, guiados por la información aportada por el scree-plot o gráfico de sedimentación (Catell y Vogelmann, 1977) decidimos realizar éste mismo análisis buscando un modelo más sencillo de dos factores y más coherente teóricamente.

Mediante este segundo análisis factorial exploratorio común de ejes principales iterados (AFC) con rotación ortogonal varimax se hallaron 2 factores que explicaron

el 40,03% de la varianza total. El primero de ellos, «Ansiedad Social», explicó el 22,52% de la varianza total e incluyó los 16 ítems relativos a la frecuencia de evitación (componente motor de la ansiedad) de las situaciones sociales (8 ítems) y el grado de malestar o sobreactivación experimentado en diferentes situaciones sociales (8 ítems), tanto de actuación (por ejemplo, hablar, escribir, comer o beber en público) como de relación (así, asistir a fiestas o reuniones sociales o relacionarse con figuras de autoridad). Las cargas factoriales oscilaron entre 0,46 y 0,68. El segundo factor, denominado «Interferencia», explicó el 17,51% de la varianza total e incluyó otros 8 ítems, en este caso relativos al grado de interferencia que el miedo a la evaluación negativa, la sobreactivación somática (neurovegetativa y muscular) y la evitación social producen en la vida de los sujetos. Las cargas factoriales oscilaron entre 0,54 y 0,75.

En la tabla 2 se muestra la solución factorial rotada, los autovalores y los porcentajes de varianza explicada por los dos factores hallados.

Análisis de ítems

Por medio del programa estadístico TESTAT 2.0 (Stenson, 1998) se analizó la homogeneidad de los 24 ítems computables de la versión final de la EDAS. La correlación más alta con la puntuación total de la escala fue 0,67, ítem 4 «Grado de nerviosismo/sobreactivación que produce la situación de iniciar una conversación», y la más baja fue 0,51, ítem 18 relativo a la «frecuencia de la evitación de defender mis derechos ante otras personas». El 58,33% de los ítems obtuvo una correlación ítem-test igual o superior a 0,60 y el 100% igual o superior a 0,50, mostrando un buen comportamiento de la mayoría de los ítems con respecto al total de la prueba. La Tabla 3 muestra la correlación ítem-test (R), así como la media (M) y la desviación típica (DT) de cada uno de los ítems de la escala.

La distribución de las correlaciones ítem-escala para el factor «Ansiedad Social» osciló entre 0,51 (Ítem 18) y 0,67 (Ítem 4). Por su parte, los ítems que cargaron en el factor de «Interferencia» se distribuyeron entre 0,58 (Ítem 17) y 0,66 (Ítem 14).

Fiabilidad

Los coeficientes de consistencia interna (α de Cronbach) fueron: 0,92 (EDAS), 0,89 (Ansiedad Social) y 0,88 (Interferencia).

Otros índices de consistencia interna de la puntuación total de la EDAS fueron la correlación entre sus dos mitades ($r = 0,92$) y la correlación Spearman-Brown ($r = 0,96$).

Análisis descriptivo de la ansiedad social en la adolescencia

La puntuación media total de la muestra fue 47,81 (rango 24-120) y la desviación típica 15,08. La puntuación mínima fue 24 y la máxima 111, situándose la

Tabla 2
Estructura factorial de la EDAS

<i>Ítem</i>	<i>Enunciado</i>	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>
<i>Factor 1: Ansiedad social</i>			
3	¿Con que frecuencia intentas evitar iniciar una conversación?	0,622	0,109
4	¿Qué grado de nerviosismo te produce iniciar una conversación?	0,679	0,230
6	¿Con que frecuencia intentas evitar mantener una conversación?	0,542	0,183
7	¿Qué grado de nerviosismo te produce mantener una conversación?	0,600	0,285
9	¿Con que frecuencia intentas evitar ir a fiestas o reuniones sociales?	0,532	0,193
10	¿Qué grado de nerviosismo te produce ir a fiestas o reuniones sociales?	0,569	0,278
12	¿Con que frecuencia intentas evitar hablar en público?	0,593	0,124
13	¿Qué grado de nerviosismo te produce hablar en público?	0,632	0,176
15	¿Con que frecuencia intentas evitar escribir, comer o beber delante de gente?	0,498	0,199
16	¿Qué grado de nerviosismo te produce escribir, comer o beber delante de gente?	0,486	0,265
18	¿Con que frecuencia intentas evitar defender tus derechos ante otras personas?	0,463	0,168
19	¿Qué grado de nerviosismo te produce defender tus derechos ante otras personas?	0,511	0,276
21	¿Con que frecuencia intentas evitar relacionarte con figuras de autoridad (padre, profesores, personas mayores)?	0,480	0,208
22	¿Qué grado de nerviosismo te produce relacionarte con figuras de autoridad (padre, profesores, personas mayores)?	0,500	0,299
24	¿Con que frecuencia intentas evitar relacionarte con personas del sexo opuesto?	0,553	0,196
25	¿Qué grado de nerviosismo te produce relacionarte con personas del sexo opuesto?	0,543	0,289
<i>Factor 2. Interferencia</i>			
5	¿Cuánto ha interferido en tu vida cotidiana el miedo y/o la evitación de iniciar una conversación?	0,247	0,676
8	¿Cuánto ha interferido en tu vida cotidiana el miedo y/o la evitación de iniciar una conversación?	0,169	0,754
11	¿Cuánto ha interferido en tu vida cotidiana el miedo y/o la evitación de ir a fiestas o reuniones sociales?	0,212	0,712
14	¿Cuánto ha interferido en tu vida cotidiana el miedo y/o la evitación de hablar en público?	0,375	0,551
17	¿Cuánto ha interferido en tu vida cotidiana el miedo y/o la evitación a escribir, comer o beber delante de gente?	0,262	0,544
20	¿Cuánto ha interferido en tu vida cotidiana el miedo y/o la evitación de defender tus derechos ante otras personas?	0,239	0,620
23	¿Cuánto ha interferido en tu vida cotidiana el miedo y/o la evitación de relacionarte con figuras de autoridad (padre, profesores, personas mayores)?	0,220	0,652
26	¿Cuánto ha interferido en tu vida cotidiana el miedo y/o la evitación de relacionarte con personas del sexo opuesto?	0,230	0,673

Tabla 3
Análisis de ítems de la EDAS

<i>Ítem</i>	<i>R</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Ítem</i>	<i>R</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
4	0,67	2,11	0,95	20	0,60	2,04	1,14
14	0,66	2,22	1,12	19	0,60	1,93	1,03
7	0,65	1,76	0,88	16	0,58	1,89	1,10
10	0,63	1,88	0,95	24	0,58	1,75	1,02
13	0,62	2,79	1,20	17	0,58	1,70	1,03
25	0,62	2,04	1,09	12	0,57	2,73	1,21
5	0,62	1,83	0,99	3	0,57	2,10	1,00
26	0,62	2,08	1,22	15	0,56	1,96	1,17
11	0,62	1,87	1,02	9	0,55	1,69	0,94
8	0,61	1,76	1,01	6	0,55	1,76	0,93
22	0,60	2,01	1,00	21	0,54	1,99	1,08
23	0,60	1,97	1,08	18	0,51	1,90	1,13

mediana en la puntuación 46. Por su parte, el factor de «Ansiedad Social» mostró una puntuación media de 32,42 (rango 16-80) y una desviación típica de 10,44. El segundo factor ofreció una puntuación media de 15,53 (rango 8-40) y una desviación típica de 6,37.

Respecto al análisis específico de los ítems (véase Tabla 4), dos superaron la intensidad «mediana» de dificultad obteniendo una puntuación superior a 2,5 (valor central de la escala de estimación): el 12 «frecuencia con que se intenta evitar hablar en público» (2,73) y el 13 «grado de nerviosismo que produce hablar en público» (2,79). Los ítems pertenecientes al factor de «Ansiedad social» mostraron una puntuación media ligeramente más alta ($M = 2,03$, $DT = 0,65$) que los de «Interferencia» ($M = 1,94$, $DT = 0,80$). Dentro del factor «Ansiedad Social» se observa una tendencia general en las puntuaciones medias superiores en los ítems que exploran el grado de nerviosismo ($M = 2,06$, $DT=0,71$) frente a los que valoran la frecuencia de la evitación ($M=1,99$, $DT=0,68$). Por su parte, la puntuación media de los ítems de «Interferencia» fue la más baja ($M=1,94$, $DT=0,80$).

En general, entre las situaciones exploradas se observa que «Miedo a hablar en público» es la que tiene una puntuación media más elevada tanto en la puntuación de nerviosismo como en las de evitación e interferencia, mientras que «Evitar ir a fiestas o reuniones sociales» y la interferencia que genera «Escribir, comer o beber delante de gente» presentan la puntuación media más baja.

Se realizaron tres análisis de varianza (ANOVA) inter-sujetos 2x3 (sexo x edad), con la puntuación total de la EDAS y con cada uno de los dos factores, no apreciándose diferencias significativas en función del sexo, de la edad o de la interacción

Tabla 4
Estadísticos descriptivos de los ítems de la EDAS

Factor 1. Ansiedad Social						Factor 2. Interferencia		
Nerviosismo/sobreactivación			Evitación					
Situaciones (Ítem)	M	DT	Situaciones (Ítem)	M	DT	Situaciones (Ítem)	M	DT
Hablar público (13)	2,79	1,20	Hablar en público (12)	2,73	1,21	Hablar público (14)	2,22	1,12
Iniciar conversación (4)	2,11	0,95	Iniciar conversación (3)	2,10	1,00	Sexo opuesto (26)	2,08	1,22
Sexo opuesto (25)	2,04	1,09	Figuras autoridad (21)	1,99	1,08	Defender derechos (20)	2,04	1,14
Figuras autoridad (22)	2,01	1,00	Escribir/comer/beber (15)	1,96	1,17	Figuras autoridad (23)	1,97	1,08
Defender derechos (19)	1,93	1,03	Defender derechos (18)	1,90	1,13	Fiestas (11)	1,87	1,02
Escribir/comer/beber (16)	1,89	1,10	Iniciar conversación (6)	1,76	0,93	Iniciar conversación (5)	1,83	0,99
Fiestas (10)	1,88	0,95	Sexo opuesto (24)	1,75	1,02	Mantener conversación (8)	1,76	1,01
Mantener conversación (7)	1,76	0,88	Fiestas (9)	1,69	0,94	Escribir/comer/beber (17)	1,70	1,03

entre sexo y edad, ni en el total de la EDAS ni en los factores, salvo el Factor 1 *Ansiedad Social*, en el que las chicas informaron más ansiedad social, $F(1, 2953) = 11,723$; $p = 0,001$). La Tabla 5 ofrece las medias y desviaciones típicas en función del sexo y de la edad para la puntuación total y para cada una de las subescalas y la puntuación total.

Tabla 5
Puntuaciones medias (y desviaciones típicas) por edad y sexo para la EDAS

Edad	14-15	15-16	16-17	17-18	Todas las edades
<i>EDAS: Puntuación Total</i> (Rango 24-120)					
Chicos	46,86 (15,12)	47,39 (14,21)	46,40 (14,10)	48,68 (13,99)	47,06 (14,42)
Chicas	47,87 (15,37)	49,46 (16,10)	48,51 (15,64)	48,21 (15,51)	48,55 (15,67)
Chicos + Chicas	47,42 (15,26)	48,42 (15,20)	47,35 (14,84)	48,46 (14,71)	47,81 (15,08)
<i>EDAS: Ansiedad Social</i> (Rango 16-80)					
Chicos	31,64 (10,86)	31,56 (9,45)	31,09 (9,77)	32,86 (9,52)	31,57 (9,98)
Chicas	32,75 (10,72)	33,67 (10,73)	33,64 (11,15)	33,05 (10,47)	33,27 (10,80)
Chicos + Chicas	32,27 (10,79)	32,60 (10,16)	32,24 (10,48)	32,95 (9,96)	32,43 (10,44)
<i>EDAS: Interferencia</i> (Rango 8-40)					
Chicos	15,32 (6,19)	15,93 (6,39)	15,43 (6,30)	15,84 (6,31)	15,60 (6,30)
Chicas	15,32 (6,29)	15,87 (6,68)	15,17 (6,32)	15,29 (6,41)	15,45 (6,43)
Chicos + Chicas	15,32 (6,25)	15,90 (6,53)	15,31 (6,31)	15,58 (6,35)	15,52 (6,37)

Discusión

Las medidas de la ansiedad social obtenidas mediante autoinformes validados para población española (c.f., García-López, Olivares y Vera-Villaroel, 2003; Caballo *et al.*, 2004) apoyan dos evidencias relativas a este constructo. Por una parte, la relativa a la naturaleza multidimensional del constructo ansiedad/fobia social ya que miden distintos tipos de respuestas. Así, por ejemplo, el SPAI evalúa aspectos conductuales, cognitivos y somáticos de la fobia social en distintas situaciones, además de medir agorafobia; la FNEs mide las expectativas y malestar sobre la evaluación negativa por los demás y la SADs el malestar y evitación de situaciones sociales; la SAS-A aborda tanto el miedo a la evaluación negativa como la ansiedad y evitación social ante personas en general por una parte y ante situaciones novedosas por otra; la SIAS se centra en evaluar los temores más generales de interacción social y la SPS evalúa los temores de ser observados durante actividades diarias, etc. Por otro lado, pese a que evalúan diferentes cuestiones, la evidencia empírica disponible indica que todos miden un único constructo («ansiedad social»; véase Olivares, García-López, Hidalgo y Caballo, 2004).

En este sentido, respecto al estudio de la estructura factorial de la escala, nuestro análisis factorial aisló 2 factores, uno de ellos hizo referencia a la «Ansiedad Social» (Factor 1) y el segundo a la «Interferencia» que ésta genera en los adolescentes (Factor 2). El factor «Ansiedad Social» coincide con el hallado por la mayoría de investigadores que han validado instrumentos en población adolescente española. El porcentaje de varianza explicado (40,03) es similar al de otras pruebas como el SPAI (52,70%, Olivares *et al.*, 1999), la SAS-A (48,30%, Olivares, Ruiz, Hidalgo y Piqueras, en prensa), el SIAS (36,70) y el SPS (42,64) (Olivares, Hidalgo, Rivero y Piqueras, 2004), la escala de ansiedad del LSAS-CA (0,29) y la escala de evitación del mismo test (0,25) (Olivares, Sánchez-García, Rosa y Piqueras, 2004).

El coeficiente « α » de la puntuación total de la EDAS fue 0,92, lo cual resulta coherente con los resultados hallados de los coeficientes de consistencia interna de los autoinformes que evalúan ansiedad social o fobia social, los cuales varían desde 0,86 a 0,94 para el SIAS y el SPS, respectivamente (Caballo *et al.*, 2004; Olivares, Hidalgo *et al.*, 2004); desde 0,94 a 0,96 para la subescala de Fobia Social del SPAI (Caballo *et al.*, 2004; Olivares *et al.*, 1999); 0,91 para la puntuación total de la SAS-A (Olivares, Ruiz, Hidalgo, García-López, Rosa y Piqueras, en prensa). Del mismo modo, los valores de consistencia interna de los factores de la EDAS (rango 0,88 y 0,89) son similares a los mostrados por el resto de pruebas revisadas (por ejemplo, subescalas de la SAS-A: rango 0,80-0,94 (Olivares, Ruiz, Hidalgo y Piqueras, 2004); subescalas del SPAI: rango 0,77-0,93 (Caballo *et al.*, 2004; Olivares *et al.*, 1999).

Otro de los objetivos de este trabajo fue examinar las diferencias en los niveles de ansiedad social de los adolescentes en función de las variables género y edad. Aunque no se hallaron diferencias significativas en la puntuación total de la EDAS, puede observarse en la tabla 5 como las puntuaciones de las adolescentes son siempre superiores a las de los chicos. Por su parte en la escala de Interferencia la ten-

dencia es la contraria a la de la puntuación total, dado que las puntuaciones obtenidas de los adolescentes varones fueron superiores a las de las adolescentes en todo el rango de edades. Por otra parte, los resultados mostraron diferencias significativas en la puntuación de la subescala de «Ansiedad Social» para la variable género, con puntuaciones más elevadas entre las chicas. Estos datos coinciden con los resultados hallados con la SAS-A (Inderbitzen, Walters, y Bukowski, 1997; La Greca y López, 1998), los cuales mostraron que las chicas informaban de niveles más elevados de ansiedad social, de mayor miedo a la evaluación negativa por parte de los compañeros, y de mayor malestar y evitación social en situaciones nuevas. Estos hallazgos también son consistentes con otros trabajos en población comunitaria infantil y adolescente que señalan que la población femenina presenta niveles de ansiedad social más elevados que los varones y que las chicas adolescentes se preocupan más que los chicos por los juicios de los demás (Clark *et al.*, 1994; Essau *et al.*, 1999; Inderbitzen, Walters y Bukowski, 1997; La Greca y López, 1998; Olivares *et al.*, 1999; Sandín, Valiente, Chorot, Santed, y Sánchez-Arribas, 1999; Wittchen *et al.*, 1999). Es posible, por tanto, que las chicas sean más vulnerables que los chicos a experimentar ansiedad social. Sin embargo, esta afirmación no es válida para el marco clínico, ya que en este ámbito el porcentaje de varones con un diagnóstico de FS iguala o supera al de las mujeres, situándose en un 48-60% (v.gr., Beidel y Turner, 1998).

Respecto a la influencia de la edad en la fobia social, suele afirmarse que existe una tendencia a que este trastorno se incremente con ésta en la población de niños y adolescentes (v.gr., Sandín, 1997). Sin embargo, esta afirmación en principio entra en contradicción con la evidencia que sugiere que la ansiedad social tiende a descender ligeramente con la edad (La Greca y López, 1993; La Greca y López, 1998; Sandín *et al.*, 1999). En nuestro estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad para ninguna de las subescalas, pero a la vista de los resultados se pueden identificar dos puntos de inflexión a los 15 y a los 17. Esta tendencia coincide, al menos parcialmente, con los efectos hallados en una investigación reciente con la SAS-A (Olivares, Ruiz, Hidalgo, García-López, Rosa y Piqueras, en prensa) y en el estudio original de validación de esta escala (La Greca y López, 1998). Las subescalas que forman parte de este autoinforme mostraron una reducción de las puntuaciones a los 16 años, seguida de su incremento a los 17 años. Este efecto también se ha encontrado en el SPAI, en la puntuación total de la SAS-A, en la SADs y en la FNEs en un estudio con población adolescente española (García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2000). En nuestro estudio, al igual que en otros que han empleado la SAS-A (La Greca y López, 1998) o una combinación de escalas (García-López *et al.*, 2000) los efectos de la interacción entre los dos factores no fueron significativos.

Respecto al análisis de los ítems en base a las situaciones contempladas en esta escala, nuestros datos indican que los adolescentes refieren la situación de «Hablar en público» como la más temida y/o evitada, así como la que más interfiere en sus vidas. Este dato coincide con la evidencia ampliamente contrastada de que la situación de hablar en público es la más prevalente entre población comunitaria (Furmark *et al.*, 1999; Stein y Deutsch, 2003). Otras situaciones que también mostraron in-

tensidades muy elevadas de temor fueron «Iniciar una conversación con personas desconocidas o poco conocidas», «Relacionarse con una persona del sexo opuesto» y «Dirigirse a figuras de autoridad». La situación más evitada, junto a la de «Hablar en público» fue «Iniciar una conversación». Respecto a la interferencia, las situaciones con mayor intensidad de interferencia en las vidas de los adolescentes fueron «Relacionarse con personas del sexo opuesto» y «Defender los propios derechos». Esta cuestión puede tener que ver con la importancia que adquiere durante la adolescencia la expansión de las redes sociales extra-familiares, ya que el adolescente comienza a frecuentar, sin compañía de los adultos, lugares públicos como bares, cafeterías, discotecas, oficinas públicas, etc., donde ha de relacionarse con desconocidos. A la luz de nuestros resultados parece que el adolescente de nuestra muestra teme menos mantener conversaciones y evita con menos frecuencia las citas e ir a fiestas. De igual forma, las situaciones que menos interfieren son escribir, comer y beber en público, probablemente como consecuencia de la especificidad o circunscripción de estas situaciones. Estos datos parecen consistentes con la propuesta de Olivares y Caballo (2003), en la que el grado de malestar e interferencia generado por las situaciones sociales que están mediadas por la necesidad de relación social se hipotetiza mayor que el producido por aquéllas que están referidas a situaciones en las que la relación directa con el otro no es necesaria (actuación), o esta se reduce a una sólo situación de relación.

Respecto a las limitaciones de la EDAS hemos de indicar la falta de ítems específicos para valorar con mayor detalle los componentes psicofisiológico y cognitivo asociados a la ansiedad/fobia social. La segunda limitación está referida al reducido número de situaciones sociales de actuación, ya que únicamente se incluyen dos ítems (hablar en público y escribir, comer o beber delante de otras personas). Otra limitación potencial del instrumento es la derivada de la selección de las situaciones sociales que lo forman, ya que la estrategia seguida consistió en elegir algunas de las situaciones contenidas en el ADIS-IV pero no otras sin contar con el aval de un estudio empírico previo referido a nuestro contexto cultural. Finalmente, respecto al grado de generalización de nuestros resultados, la extrapolación de las propiedades psicométricas halladas a otros grupos (por ejemplo, población clínica), a otros países de habla hispana o a otras culturas diferentes está condicionada a su validación con muestras diferentes, dado que esta escala únicamente ha sido validada en una muestra comunitaria de adolescentes españoles con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años.

Las investigaciones posteriores deberán determinar si se obtienen los mismos resultados con adolescentes más jóvenes. También se deberá analizar la relación con otros instrumentos de evaluación similares y diferentes (validez convergente y discriminante), así como su capacidad diagnóstica (validez predictiva). De igual modo queda pendiente la realización de estudios centrados en determinar las puntuaciones de corte que minimicen la probabilidad tanto de aceptar «falsos positivos» como de rechazar «falsos negativos».

Algunos de los estudios que serán necesarios para continuar dotando de apoyo empírico a esta escala son:

a) *Respecto a la validez*

(i) estudios relativos a la validez convergente que analicen la relación de esta escala con otros autoinformes que han sido validados con población adolescente de habla española, como por ejemplo el Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI; Turner, Beidel, Dancu *et al.*, 1989) o la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A, La Greca y López, 1998); (ii) estudios de su validez discriminante que evalúen la capacidad de esta escala para discriminar entre los sujetos con trastorno de ansiedad/fobia social y los que no cumplen los criterios requeridos para este diagnóstico, mediante el análisis de la relación entre la EDAS y los requisitos de la APA (1994, 2000).

b) *Con relación a la fiabilidad: estudios de la estabilidad temporal*

En resumen, nos encontramos en la primera fase de validación de esta escala. Los resultados que hemos aportado resultan prometedores en cuanto a las excelentes propiedades psicométricas de este instrumento, que habrán de ser contrastadas mediante nuevos estudios de validación tanto en nuestro contexto cultural como en poblaciones diferentes y por equipos de investigación independientes. Su principal aplicación es detectar adolescentes con ansiedad social, con el fin de identificar el origen y naturaleza de estos problemas comunes en la adolescencia y planificar programas de tratamiento eficientes.

Referencias

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (cuarta edición). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: APA (traducción al Español: Barcelona, Masson, 2002).
- Apiquián, R. y Nicolini, F. H. (2000). *Evaluación de la Psicopatología. Escalas en Español*. México, D.F.: Ciencia y Cultura Latinoamericana, S.A. de C.V.
- Beidel, D. C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 545-552.
- Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA.
- Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Irurtia, M. J. y Rosa, A. I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 11 (3), 539-562.
- Clark, D. B., Turner, S. M., Beidel, D. C., Donovan, J. E., Kirisci, L. y Jacob, R. G. (1994). Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for adolescents. *Psychological Assessment*, 6, 135-140.
- Clark, D. B., Feske, U., Masia, C. L., Spaulding, S. A., Brown, C., Mammen, O. y Shear (1997). Systematic assessment of social phobia in clinical practice. *Depression and anxiety*, 6, 47-61.
- DiBartolo, P. M., Albano, A. M., Barlow, D. H. y Heimberg, R. G. (1998). Cross-informant agreement in the assessment of social phobia in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 213-220.

- Essau, C. A., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P. O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O. y Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population, prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 416-424.
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation scale and the Social Avoidance Distress scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.
- García-López, L. J., Olivares, J. y Vera-Villarreal, P. E. (2003). Revisión de instrumentos de evaluación de la fobia social validados para población de habla española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 151-160.
- Inderbitzen, H. M., Walters, K. S. y Bukowski, A. L. (1997). The role of social anxiety in adolescent peer relations: Differences among sociometric status groups and rejected subgroups. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 338-348.
- Kessler, R. C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eschleman, S., Wittchen, H. U. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- La Greca, A. M. y López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- La Greca, A. M. y Stone, W. L. (1993). The Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J. M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (vol. 3, pp. 90-102). Washington, DC: American Psychological Association.
- Olivares, J. (2004a). Introducción, en J. Olivares (Dir.), *Programa IAFS. Protocolo para el Tratamiento de la Fobia Social en la Adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. (2004b). Introducción, en J. Olivares, A. I. Rosa y García-López, L. J. (2004), *La fobia social en la adolescencia. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. y Caballo, V. E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11 (3), 483-515.
- Olivares, J., Caballo, V. E., García-López, L. J., Rosa, A. I. y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre la fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11 (3), 405-428.
- Olivares, J.; Méndez, F. X. y Macià, D. (2003). *Los tratamientos conductuales en la infancia y la adolescencia* (20 edic.). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., García-López, L. J. y Piqueras, J. A. (en prensa). Escala para la Detección de la Ansiedad Social, en Vera-Villarreal y L. Oblitas (Coords.): *Manual de Escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud*. México: Editorial Thomsom Learning Iberoamérica.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Caballo, V. E., García-López, L. J., Orgilés, M. y López-Gollonet, C. (2003). Tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11, 599-622.
- Olivares, J., Sánchez-García, R., Rosa, A. I. y Piqueras, J. A. (2004, junio). *Primeros resultados sobre las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Social para Niños y Adolescentes: LSAS-CA*. Comunicación presentada en el VII European Conference on Psychological Assessment/VI Congreso Nacional de Evaluación y Psicológica. Málaga, España.

- Rosa, A. I., Olivares, J. y Méndez, F. X. (2004). *Introducción a las técnicas de intervención y tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Sandín, B. (1997). *Fobia Social*. En B. Sandín. Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes. Madrid: Dykinson.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Santed, M. A. y Sánchez-Arribas, C. (1999). Estructura factorial de la escala de ansiedad social para niños-revisada (SASC-R). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 105-113.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Horning, C. D., Liebowitz, M. R. y Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Stein, M. B. y Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1606-1613.
- Stenson, H. (1998). *TESTAT 2.0*. Evanston, IL: Author.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Wilkinson, L. (1997). *Systat 7.0: The System for Statistics*. Evanston, IL: Systat Inc.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B. y Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.

APÉNDICE

Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) (Olivares y García-López, 1998)

NOMBRE _____ EDAD _____
 INSTITUTO: _____ CURSO: _____

Esto no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, contesta cada frase tan sinceramente como puedas. Marca tu elección (SI o NO) con una X.

Hay personas que se ponen nerviosas cuando están con gente que no conocen bien. Esto les ocurre si están con una o más personas extrañas o poco conocidas. No importa el lugar. Se pueden sentir mal en una fiesta, en un bar o simplemente mientras se habla en grupo aunque ello no le obligue a uno a participar.

1. ¿Te ocurre algo de esto a tí? SI ____ NO ____

2. ¿Generalmente te preocupa cuando tienes que decir o hacer algo porque piensas que ello te puede poner en evidencia ante los demás? SI ____ NO ____

3. Teniendo en cuenta el cuadro de SITUACIONES que te presentamos más abajo, nos gustaría que valoraras el grado de nerviosismo que sientes en esas situaciones, la frecuencia con que te pasa y en qué medida interfiere en tu vida cotidiana el miedo y la evitación que estas situaciones te generan. Para ello, usa las escalas que te presentamos a continuación:

<i>¿Con qué frecuencia intentas evitar (no hacer) esta situación?</i>	<i>¿Qué grado de nerviosismo te produce esta situación?</i>	<i>¿Cuánto ha interferido en tu vida cotidiana?</i>
1 = Nunca 2 = Pocas Veces 3 = Algunas Veces 4 = Bastantes Veces 5 = Siempre	1 = Ninguno 2 = Un Poco 3 = Bastante 4 = Mucho 5 = Muchísimo	1 = Nada 2 = Un Poco 3 = Bastante 4 = Mucho 5 = Muchísimo

Por favor, tacha con una x el número que mejor te describe en cada situación.

SITUACIONES	<i>¿Con qué frecuencia intentas evitar, no hacer, lo que se describe en esta situación?</i>	<i>¿Qué grado de «nerviosismo» te produce esta situación?</i>	<i>¿Cuánto interfiere esta situación en tu vida cotidiana?</i>
Iniciar una conversación	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mantener una conversación	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Ir a fiestas o reuniones sociales	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Hablar en público	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Escribir, comer o beber delante de gente	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Defender mis derechos ante otras personas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Relacionarme con figuras de autoridad (padre, profesores, personas mayores, etc.)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Relacionarme con personas del sexo opuesto	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5