

# *Ansiedad social y Deficiencia mental: un análisis crítico desde la perspectiva psicopedagógica y clínica*

DOMINGO A. GARCIA VILLAMISAR\*

## **Introducción**

Una persona afectada por la deficiencia mental (DM, en lo sucesivo), al igual que cualquier persona normal, puede padecer, en un momento dado de su vida, un trastorno de ansiedad social (AS, a partir de aquí).

A juzgar por las referencias bibliográficas disponibles, da la impresión que la AS es un trastorno sobre el que los especialistas han pasado de largo en relación con la DM. En efecto, son muy pocos los trabajos existentes en la literatura internacional al respecto.

Una de las razones que pueden justificar esta situación es que los deficientes mentales han estado recluidos, hasta hace muy pocos años, en centros de educación especial, sin mantener prácticamente ningún contacto con la sociedad. En estos centros se enseñaban fundamentalmente habilidades típicamente “escolares” y “vocacionales” (en algunos casos). Sin embargo, las habilidades sociales no figuraban por lo general en este tipo de enseñanzas.

Con posterioridad, los aires de la integración arrojaron a los deficientes mentales al mundo social, sin dotarles de los oportunos aprendizajes para un desarrollo social habilidoso. A lo sumo, lo que se ha llevado a la práctica fue una especie de entrenamiento puntual en algunos hábitos específicos que resultan válidos para un momento dado, pero que no se han generalizado oportunamente. En realidad, no se han puesto en marcha programas adecuados de entrenamiento en habilidades sociales que garanticen un correcto desempeño social del deficiente mental.

---

\* Profesor Titular de Psicopatología. Universidad Complutense de Madrid.

Por ello, a falta de estas habilidades, y no sólo por esta razón, la AS adquiere una notable actualidad, a juzgar por los problemas sociales de índole tan diversa que plantean los deficientes mentales a la hora de su integración en la comunidad.

El objetivo de este trabajo es, por tanto, realizar una revisión crítica de la AS en su relación a la DM, estableciendo las principales líneas conceptuales y los diversos instrumentos disponibles para la evaluación de la AS en el contexto de la DM.

### **Breve aclaración conceptual respecto a la ansiedad social (AS)**

A pesar de que la preocupación por el desarrollo social viene de lejos, no obstante, el término AS es de acuñación más bien reciente. Por otra parte, las tradiciones teóricas que se concitan en torno a este constructo son diversas y variadas.

Trower, Gilbert & Sherling (1990) afirman que el estudio de la AS se mueve al menos entre dos paradigmas. De una parte, el paradigma propuesto por la psicología social que afirma que la “persona” no es un mero producto pasivo, fruto del condicionamiento ambiental, o de anomalías genéticas o de factores bioquímicos o de fenómenos inconscientes, sino que es el resultado de una reacción activa de la propia persona, del propio yo (Gergen, 1984; Trower, 1984,).

En otros términos, somos “arquitectos” de nuestras propias ideas, pensamientos, representaciones... Por esta razón, estamos motivados a presentarnos ante los demás de acuerdo a un determinado patrón de comportamiento, en función de la imagen que deseamos dar a los demás. Pero hay personas que no son capaces de comportarse socialmente ni como quisieran ni como socialmente sería deseable. En la trastienda de esta incapacidad se esconde, en buena parte de los casos, la AS.

Como punto de partida, y al hilo de lo anterior, se podría definir la AS como el miedo a la evaluación negativa que puede sufrir una persona cuando fracasa en su relación con los demás y no logra satisfacer la imagen que desea dar socialmente.

El segundo paradigma participa de la idea de que la persona es también un producto “pasivo”, fruto de una determinada herencia genética. Por ello, la ansiedad social puede ser producto de esta herencia, recayendo así en los factores genéticos una contribución importante a la etiología del trastorno (Chance, 1988; Gilbert, 1989).

La AS implica sentimientos de aprehensión, exceso de preocupación por uno mismo y malestar emocional ante situaciones sociales evaluativas tanto actuales como futuras. Esta sintomatología aflora cuando una persona desea causar una impresión favorable ante los demás pero duda que

tenga éxito en tal cometido (Schlenker & Leary, 1982). El motivo esencial del brote de la AS es el temor que invade a una persona ante la posibilidad de que los demás la encuentren incapaz, inútil o rara y que en consecuencia, resulte rechazada por los demás (Leintenberg, 1990).

En términos parecidos a los anteriores se expresa Daly (1978), para quien la AS se refiere a la inhibición comportamental en contextos sociales en los que incluso no se requiere la comunicación oral o verbal. Con ello, se amplía considerablemente el abanico de posibilidades en torno a las cuales puede emerger el trastorno.

Beidel, Turner & Dancu (1985), por su parte, señalan que la AS es un estado patológico caracterizado por un alto nivel de "arousal" fisiológico que se produce cuando en determinadas situaciones sociales, una persona tiene miedo a la evaluación negativa que los demás pueden hacer de ella y, además, sus expectativas respecto a las probabilidades de éxito en la interacción con los demás son muy bajas

### *Sintomatología de la Ansiedad social (AS)*

La revisión de estas definiciones proporciona al menos cuatro conjuntos de respuestas bien patentes en cualquier cuadro de AS:

- *Conductuales.* Entre ellas merecen destacarse la inhibición del habla, de los gestos, de la actividad motriz, a veces, aislamiento. Un DM con AS muy intensa suele evitar o escapar de cualquier situación social un poco comprometida. Ello puede acontecer no sólo en situaciones específicas, por ejemplo, evitar comer en un restaurante, sino también abarcar a otras situaciones más generales tales como por ejemplo, negarse a ir a una fiesta o visitar a unos familiares, trabajar en grupo con los demás compañeros, ser observado mientras trabaja en el taller o en las tareas escolares, etc.

Hay otros signos conductuales menores tales como no tomar parte activa en una conversación estando capacitado para ello, evitar expresar sus sentimientos, no mantener el contacto ocular con el interlocutor, etc. Estos signos, en muchos casos, más que indicadores de la presencia de un trastorno de AS reflejan un notorio déficit de habilidades sociales (HS, en lo sucesivo). Algunos DM están muy discapacitados socialmente debido a unos déficits muy notorios de HS, pero sin embargo, no muestra los rasgos característicos de la AS. Por el contrario, conocemos algunos DM con buenas HS, pero en los encuentros sociales pasan la mayor parte del tiempo ansiosos. En casos graves, cuando concurren una AS elevada y unas bajas HS puede resultar difícil especificar quién causa qué, si las bajas HS disparan la AS o si la AS es el determinante principal de las escasas HS evidenciadas por el individuo.

- Reacciones emocionales negativas tales como tensión, inquietud, desasosiego, etc.
- “Arousal” fisiológico, especialmente arousal del sistema nervioso autónomo. Recuérdese que un DM puede sentirse muy ansioso y no manifestar visiblemente ningún signo fisiológico de nerviosismo. No obstante, en general, el DM con AS puede mostrar alguno de estos signos: sudoración de las manos, frente, axilas o pubis, voz temblorosa, incremento de la tasa cardíaca, náuseas, vómitos, malestar en el estómago, diarrea, etc.
- Respuestas cognitivas: expectativas que los demás evaluarán a uno negativamente.

Una de las condiciones necesarias para que un DM experimente AS es que tenga un CI suficientemente elevado que le permita reconocerse a sí mismo. Sin este requisito, a juicio de los expertos tales como Leitenberg (1990), es difícil que se experimente AS.

La razón del anterior argumento estriba en que una de las características más propias de los individuos con AS es estar pendiente de sí mismos en público (Buss, 1980). Esta dependencia de la propia imagen no es grata en ningún caso, pues el DM que tiene capacidad para ello, barrunta en su interior ideas negativas en torno a su comportamiento social. Cuando así ocurre, se cree inferior a los demás, se desprecia a sí mismo y sobrevalora las exigencias sociales, etc. Con frecuencia espera lo peor cuando sospecha que los demás opinan sobre él. Por eso está siempre al acecho, hipervigilante, pendiente de sí mismo y de la opinión de los demás.

El cuadro se complica cuando el DM cree que los signos de ansiedad son visibles ya que él cree que si da a conocer estos signos el espectáculo podría ser dantesco. Surgen inmediatamente pensamientos negativos del tipo estar ansioso es equivalente a estar vacío, a ser incompetente, a ser inferior. Además, la apariencia de ansiedad es la causa del rechazo de los demás. Por ello, no nos debe resultar extraño observar que un DM cuanto más ansioso se ve así mismo, más ansioso se pone. (Leitenberg, 1990)

### *Subtipos de AS*

Quien más o quien menos ha experimentado a lo largo de su vida algún episodio de AS; bien sea después de haber dado o dicho algo que se considera vergonzoso, o humillante; tal vez, cuando uno se ha esforzado para quedar citado con una persona atractiva del otro sexo; bien cuando uno debe de ir a una fiesta donde no conoce a nadie; en una entrevista de trabajo; o cuando cuando uno es criticado por una persona de autoridad, etc. Estas son situaciones muy comunes, lo cual demuestra que sentir un poco de miedo al rechazo por parte de los demás, o a la opinión negativa de los demás, o a la humillación, o a sentirse ridículo, perplejo, sin afecto, es inherente al ser humano.

Por otra parte, la AS fue estudiada bajo muy distintos rótulos a lo largo de su corta historia. Timidez, fobia social, trastorno de personalidad de evitación, aislamiento social, miedo a hablar en público, soledad, miedo a comunicarse con los demás, miedo a los extraños, ansiedad de separación, etc. son otros tantos rótulos que a veces se han intercambiado con los de AS.

A pesar de la ya dilatada presencia clínica del trastorno, todavía no hay unos subtipos de AS claramente estipulados, y mucho menos con respecto a la DM.

Sin embargo, se pueden establecer al hilo de las principales publicaciones al respecto, algunos criterios a tener en cuenta para el establecimiento de los posibles subtipos de AS: Intensidad de la AS; Diferencias entre AS clínica y normal; Grado de incapacidad de muestra el individuo ansioso; Grado de arousal o malestar emocional que se manifiesta; Cantidad de conductas de evitación que está siendo emitida; Grado en que la ansiedad está generalizada a diversas situaciones. Este criterio funciona a veces independiente del criterio de intensidad (clínica vs no clínica); Tipos de situaciones, etc.

### **Ansiedad social (AS) y habilidades sociales (HS) en el ámbito de la deficiencia mental (DM)**

Con la finalidad de contribuir al esclarecimiento de las raíces terminológicas y conceptuales de las HS, permítasenos una breve discusión al respecto.

Si bien casi todos los especialistas en DM coinciden identificar los déficits de HS, no demuestran tal unanimidad a la hora de perfilar una definición operativa de los mismos. En efecto, basta con revisar algunos de los trabajos recientemente publicados al respecto, y constataremos fácilmente tal extremo (Polaino-Lorente, 1988).

En principio, conviene establecer la distinción propia entre el contenido de las HS y las consecuencias que se desprenden de su desarrollo a la luz de lo discutido por McFALL y su grupo, en varias publicaciones recientes ( Cfr. García Villamizar, 1990).

El contenido de las HS se refiere a las destrezas necesarias para producir una conducta que satisfaga los objetivos de una determinada tarea. Por lo general, para tareas diferentes se necesitan habilidades distintas, ya que los criterios que regulan una *competencia social* para una tarea determinada no tienen por qué coincidir con los específicos y necesarios para otra diferente tarea.

Son elementos propios del contenido las *conductas verbales* (por ejemplo, iniciar y/o mantener una conversación, formular un ruego, alabar a los

demás, rechazar peticiones poco razonables, demostrar un grado apropiado de apertura personal, etc.); las *conductas no verbales* (por ejemplo, contacto ocular, volumen y tono de la voz, gesticulación, expresividad emocional, etc.); las *conductas motoras* (nivel de actividad, frecuencia de movimientos musculares, etc.), e incluso la propia *apariciencia física*.

Sin embargo, la elaboración de este inventario, por muy ejemplar que parezca, es muy relativa, pues la selección de estas conductas está sometida a la natural arbitrariedad, variando el criterio no sólo en cuanto al grado de disfunción que presente el sujeto DM, sino también en cuanto a los posibles juicios de valor desde los cuales se analiza el comportamiento social (García Villamisar, 1990)

Estos juicios de valor a los que apelamos son los que determinan, en buena medida, el grado de *competencia social* que muestra el autista.

El término *competencia social* ha sido objeto de diversas definiciones tal como demuestra García Villamisar (1990) entre otros, lo cual refleja la diversidad de pareceres con que se enfoca el estudio de este constructo.

Casi todos los especialistas coinciden en señalar la *naturaleza multidimensional* de la competencia social. Por ello, aunque las HS pueden determinar algunas de estas dimensiones, en ningún caso éstas pueden causar una competencia social de formar global. En otros términos: la competencia social puede depender de otras variables diferentes que no tienen por qué ser coincidentes con estas HS (García Villamisar, 1990).

El hecho de que un determinado comportamiento del DM se valore como socialmente competente, lleva implícito un juicio de valor por parte de los observadores de tal evento y, muy excepcionalmente, del propio DM. Por esta razón es necesario aclarar que: 1) la valoración de la competencia social es un atributo de una determinada conducta que desarrolla el DM, pero en ningún caso se trata de una estimación de las características estables de ese sujeto; 2) la estimación realizada de la competencia social no se refiere a un comportamiento aislado sino al comportamiento desarrollado en un cierto contexto; 3) esta valoración se efectúa al amparo de determinados valores implícitos y/o explícitos que casi siempre guardan escasa relación con las habilidades que se evalúan.

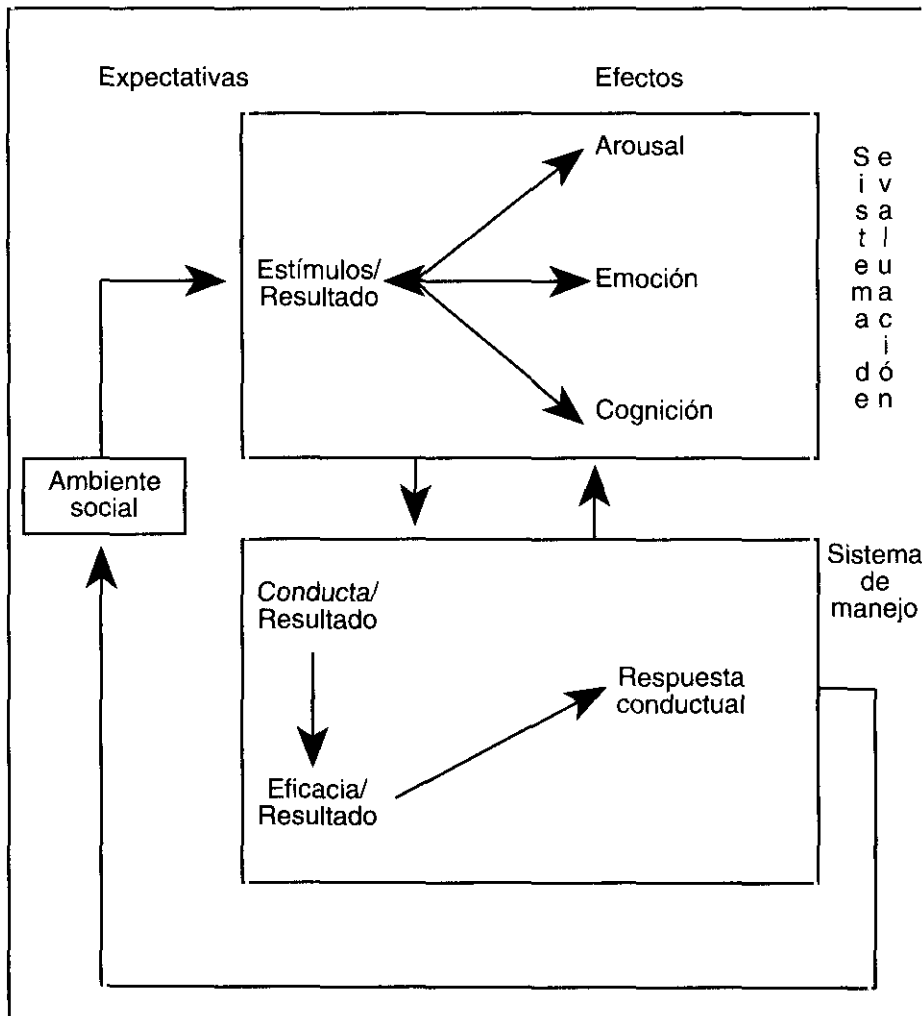
Por tanto, las valoraciones de la competencia social son en cualquier caso arbitrarias y relativas ya que dependen de: a) la tarea particular que se está desarrollando; b) un contexto específico; y c) un inventario de valores o un marco de referencias que el evaluador adopte y desde el cual califica esa conducta como competente o no.

De aquí que la evaluación de la competencia social engloba, cuando menos, dos componentes: el estudio de las tareas que son relevantes para el sujeto autista y el análisis de aquellas conductas que se estiman como efectivas para cumplimentar cada una de esas tareas.

Las HS y AS se relacionan en la medida en que una persona con una elevada AS no será socialmente habilidosa aun disponiendo de buenas HS.

El Modelo de Trower et al. (1990) que proponemos a continuación trata de establecer una relación cuantitativa entre las expectativas de eficacia (tal como se entiende a partir de Bandura (1977) con respecto a la relación interpersonal y los efectos que se derivan respecto del comportamiento emitido por el individuo, tanto desde la perspectiva evaluativa como del enfrentamiento a la situación social ansiógena (Ver Fig. 1).

**Figura 1**  
Modelo de AS de Trower et al. (1990)



### **Ansiedad social (AS) e Inhibición comportamental (IC)**

La IC se puede estudiar con relación a la AS en cualquier fase del desarrollo adulto. A juicio de Kagan, Reznick & Sidman (1986) —uno de los grupos de investigación de mayor solvencia científica en este campo— en el ámbito de la infancia, se entiende por IC “la tendencia a la paralización del habla y del juego ... cuando el niño se encuentra en una situación extraña o ante suceso inesperado” (pág. 54). Tal como se puede apreciar, esta es una definición propiamente comportamental y no apela a factores cognitivos y fisiológicos. Estos autores afirman que esta definición es válida para describir la IC de niños comprendidos entre los 14 meses y los 5 años de edad y que tradicionalmente se ha investigado como un constructo propio del temperamento.

Una de las investigaciones más sólidas que se han realizado sobre la IC fue desarrollada por García-Coll con niños de 21 meses y que luego fue continuada por Kagan y su equipo (Ver García-Coll, Kagan & Reznick's, 1984; Reznick et al., 1989; Kagan, 1989). El principal hallazgo en estos estudios es la conservación de la conducta inhibida desde los 21 meses a los 7 1/2 años.

#### *¿Cuál es la posible relación entre IC y AS?*

Buss (1980, 1986) fue uno de los investigadores que más luz arrojó sobre la posible relación entre ambos constructos. En su teoría sobre el temperamento, propone dos clases de timidez: una de ellas se desarrolla en etapas muy tempranas de la vida (primer año) y es una timidez ligada al miedo y al temor; Esta desaparece pronto en la mayor parte de los niños, a pesar de que en algunos persiste con el paso de los años y podrá constituirse en uno de los factores desencadenantes de la AS. El otro tipo de timidez tiene un desarrollo mucho más tardío (aparece aproximadamente a la edad de 5 años) y es la timidez provocada por la excesiva preocupación por uno mismo. Esta timidez puede constituir la antesala de la AS particularmente en aquellas situaciones en las que el individuo interactúa con personas de un status superior y prevé que va a ser evaluada por las mismas.

Desde un punto de vista conceptual no resulta del todo fácil distinguir la AS de aparición temprana (AS miedosa, temerosa) de la AS de aparición más tardía (AS por excesiva autoconsciencia). Rothbart et al. (1990) optan por fundir la AS de aparición temprana con la AS más tardía y considerar así la AS como un trastorno cuya aparición no ocurre antes de los 5 años, que es cuando el niño empieza a ser muy sensible a la evaluación de los demás.

No obstante, el propio Buss sugiere que la timidez por exceso de preocupación en uno mismo requiere un desarrollo cognitivo bastante avanza-



do de modo que permita al propio yo la realización de las operaciones más básicas de la cognición social (Buss, 1986). De acuerdo con Rholes & Ruble (1984 y Rotenberg (1982) en las sociedades occidentales este desarrollo no se alcanza hasta los 8 ó 9 años.

Según las categorías diagnósticas del DSM-III-R (APA, 1987), existen una gran variedad de trastornos en los que la ansiedad juega un rol prominente. Entre estos trastornos merecen citarse la ansiedad de separación, trastorno por evitación, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias, aislamiento social, etc. Sin lugar a dudas, de todos estos trastornos el que tiene mas relación con la inhibición conductual está constituido por niños con aislamiento social ("social withdrawn"). Estos niños se caracterizan por unas puntuaciones muy bajas en la interacción social con sus compañeros. No hay datos concluyentes respecto de la relación entre este tipo de trastorno y la AS que pueda surgir con posterioridad. Lo que sí sabemos es que los niños aislados son poco dominantes en sus relaciones sociales, y muestran un autoconcepto negativo respecto de sus cualidades físicas, sociales, cognitivas, etc. (Rubin, 1985). De acuerdo con el juicio de sus profesores también tienen un bajo rendimiento académico (Green, Vosk, Beck & Forehand, 1981)

### **Inteligencia social (IS) y AS**

Uno de los principales especialistas entre nosotros, Pelechano (1985), afirma que la inteligencia posee una naturaleza esencialmente social y que los diversos estudios sobre las dimensiones sociales de la inteligencia han identificado estas dimensiones las habilidades sociales. Pelechano (1985) sostiene que la evaluación de la inteligencia debería abarcar al menos dos dimensiones básicas. De una parte, tendríamos la inteligencia práctica relativa a la resolución de problemas interpersonales. Esta inteligencia es la que evalúan los tests de inteligencia al uso y viene a ser algo así como un factor general o factor "g".

De otra parte estaría la inteligencia que determina el mayor éxito de una persona en la resolución de problemas interpersonales y que se podría identificar con lo que Thorndike (1920) definió como inteligencia social y que más tarde Guilford (1967) denominó inteligencia conductual. La inteligencia social sería responsable en buena medida de la competencia social que exhibe un determinado individuo. Por tanto, aunque no disponemos de evidencia empírica respecto de la posible relación entre inteligencia social y AS, es fácil suponer que si la competencia social está determinada por la inteligencia social y por la AS, por mera relación de transitividad, la AS está relacionada con la inteligencia social. Ahora bien, no disponemos de datos que permitan establecer una relación causa-efecto

entre ambos constructos. Lo que parece claro es que las posibles HS que puede desplegar un individuo en función del grado de IS pueden quedar empañadas por un elevado grado de AS. Al mismo tiempo la AS puede dificultar las operaciones cognitivas que debe realizar una persona para comportarse socialmente de forma competente.

## **Evaluación conductual de la AS**

### *Entrevistas*

La entrevista conductual constituye la primera etapa a la hora de especificar la naturaleza del problema y aventurar las posibles hipótesis explicativas. Al mismo tiempo, la entrevista permite seleccionar los instrumentos más idóneos para la exploración de las dificultades que se someten a consulta.

A juicio de Glass y Arnkoff (1989), la entrevista conductual debe proporcionar un conocimiento de primera mano, lo más exhaustivo posible, de a) Situaciones en que acontecen esos problemas; b) Habilidades necesarias para desempeñar correctamente cada tarea; c) Grado en que el cliente tiene adquiridas esas debilidades; y d) Antecedentes y consecuencias de una ejecución competente e incompetente.

Las entrevistas conductuales que gozan de mayor prestigio son la *Social Anxiety History Questionnaire* (Turner, Beidel et al., 1986) y la *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS, DiNardo, O'Brien, Barlow, et al., 1983; e incluso, la versión revisada (ADIS-R; Turner, Beidel, et al., 1986). Las propiedades psicométricas de estas entrevistas son muy valiosas (Barlow, 1985; Glass y Arnkoff, 1989).

### *Autoinformes*

Los inventarios de autoinforme son utilizados hasta donde permite la capacidad del DM. Los inventarios que generalmente se aplican permiten evaluar el miedo y la ansiedad, las variables disposicionales del individuo que favorecen la AS, la timidez y las habilidades sociales. En esta relación nos referiremos exclusivamente a los instrumentos que tienen como única finalidad evaluar la AS y dejaremos fuera del alcance de esta revisión los cuestionarios relativos a la evaluación de las habilidades sociales, miedo para hablar en público, etc.

Entre los instrumentos más frecuentemente utilizados, merecen destacarse los siguientes:

- *Social Avoidance and Distress* (SAD; Watson y Friend, 1969). A pesar de que esta escala no evalúa sólo la ansiedad social, sin embar-

go, la mayor parte de sus 28 ítems están referidos a este constructo. Tiene unas adecuadas propiedades psicométricas y es, con mucho, la escala con la que se han realizado más trabajos clínicos (Leary, 1983).

- *Fear of Negative Evaluation* (FNE, Watson y Friend, 1969). Tiene 30 ítems, pero alguno de ellos son redundantes, por lo que los autores redujeron la escala a 12 ítems que correlacionan 96 con la escala general (Leary, 1983).
- *Interaction Anxiousness Scale* (IAS; Leary, 1983). El IAS consta de 15 ítems referentes al malestar que siente una persona al entrar en contacto con extraños y con personas del sexo opuesto. Sus propiedades psicométricas son aceptables (Leary, 1983)
- *Social Anxiety Inventories* (SAI, Beidel, Turner, Dancu y Stanley, 1986). El SAI evalúa los síntomas cognitivos, comportamentales y somáticos de la AS a través de sus 45 ítems. Goza de buenas cualidades psicométricas (Beidel et al., 1986).
- *Fear Survey Schedule* (FSS-III; Wolpe y Land, 1964). La *FES-III* consta de 75 ítems referidos a miedos comunes que se observan en la práctica clínica. Tiene un subconjunto de ítems destinados para evaluar la ansiedad social (Curran, 1975).
- *Fear Questionnaire-Subescala de Fobia Social* (FQ; Marks y Mathews, 1979). En esta subescala de Fobia social se recogen una serie de ítems en los que se evalúa el grado en que se evitan determinadas situaciones sociales.
- El *Situation Questionnaire* (SQ; Rehm y Marston, 1968). Evalúa el grado de ansiedad que experimenta una persona ante determinadas situaciones sociales. Tiene unas excelentes propiedades psicométricas (Heinberg et al. 1980).

Aparte de los cuestionarios señalados, podemos indicar otros cuestionarios referidos a veces en la literatura, pero con escaso énfasis en la DM: *Social Anxiety Questionnaire* (SAQ; Arkowitz, Lichtenstein, McGovern y Hines, 1975) y el *S-R Inventory of Anxiousness* (Arkowitz et al., 1975).

### *Evaluación cognitiva.*

Los principales procedimientos para evaluar la AS desde la perspectiva cognitiva, siguiendo a Arnkorff y Glass, 1989), son, entre otros, los siguientes:

- *Análisis de protocolos verbales o escritos* (Martzke et al., 1987). Los pacientes informan de sus pensamientos bien sea de forma verbal o a través de un escrito. La puntuación se realiza tanto de acuerdo con los temas que se referencian como con la valoración de los mismos (positiva, negativa o neutral).

- *Listado de pensamientos* (LP; Cacioppo y Petty, 1980).

El LP es el protocolo más frecuentemente utilizado en la investigación que se realiza sobre ansiedad social. El procedimiento consiste en instruir al sujeto a que exprese los pensamientos relativos a sus experiencias de encuentros sociales durante un determinado periodo de tiempo. A veces se complementa esta estrategia mediante la Técnica del “*Videotape-aided Thought Recall*” (VTR, Ickes et al., 1986) mediante la cual se ayuda a los sujetos a recordar las escenas de “role-playing” o de interacción en la vida real mediante la visualización de la escenas videograbadas de esas situaciones. En otros casos, se complementa esta estrategia permitiendo a los sujetos que graben en un magnetofón sus pensamientos durante las situaciones de interacción (Genest y Turk, 1981).

- *Social Interaction Self-Statement Test* (SISST; Glass et al., 1982).

El SISST es uno de las medidas estructuradas más frecuentemente utilizadas en la evaluación de la AS. A los sujetos se les pide que manifiestan su grado de acuerdo con 15 afirmaciones positivas y negativas respecto a la interacción social. Las propiedades psicométricas son adecuadas (Arnkoff y Glass, 1989).

- *Irrational Beliefs Test* (IBT; Jones, 1969).

El IBT es una escala de 100 ítems que evalúa 10 ideas irracionales propuestas por Ellis (1962). Las propiedades psicométricas son aceptables (Jones, 1969) y discrimina entre personas ansiosas y no ansiosas.

- *Self-Consciousness Scale* (SCS, Scheier y Buss, 1975).

La SCS tiene una Subescala la “Public Self-Consciousness” (PSC) que evalúa las reacciones del propio yo como un objeto social. Las propiedades psicométricas son aceptables (Carver y Glass, 1976).

En conclusión, se puede señalar que la AS es un trastorno escasamente investigado en el ámbito de la DM. A nuestro modo de ver son necesarios más esfuerzos de los investigadores para diseñar instrumentos adecuados para la evaluación de la AS en deficientes mentales. Los instrumentos disponibles fueron elaborados para la población general bien dotada intelectualmente, lo cual supone una seria limitación para la evaluación de la AS en el seno de deficiencia mental.

## Bibliografía

- ARKOWITZ, H., LICHTENSTEIN, K., MCGOVERN, K. y HINES (1975).- “Behavioral Assessment of social competence in males”. *Behavior Therapy*, 6, 3-13.

- ARNKOFF, D.B. y GLASS, C.R. (1989).- "Cognitive assessment in social anxiety and social phobia". *Clinical Psychological Review*, 9, 61-74.
- BANDURA, A. (1977).- "*Social learning theory*" Engelwood Cliffs. NJ. Prentice Hall.
- BEIDEL, D.C., TURNER, S.M. y DANCU, C.V. (1985).- "Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety". *Behavior Research and Therapy*, 23, 109-117
- BUS, A.H. (1980).- "*Self-consciousness and social anxiety*". San Francisco. Freeman.
- BUSS, A.H. (1986).- "*Social behavior and personality*" Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- CACIOPPO, J.T. y PETTY, (1980).- "Social psychological procedures for cognitive response assessment; The thought listing technique". En T.V. Mreluzi, C.R Glass y M. Genest (Eds.). *Cognitive assessment*. NY. Guilford Press.
- CURRAN, J.P. (1975).- "Social skills training and systematic desensitization in reducing dating anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 13, 65-68.
- CHANCE, M.R.A. (1988).- "*Social fobics of the mind*" Hove and New York: Lawrence Erlbaum.
- DALLY, S. (1978).- "Behavioral correlates of social anxiety". *British Journal of Social and Clinical Psychology*. 18, 121-128.
- DiNARDO, P. A. O'BRIEN, G.T. BARLOW, D.H. WADDELL, M.T. Y BLANCHARD, E.B. (1983).- "Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview". *Archives of General Psychiatry*, 40, 1070-1074.
- GARCIA VILLAMISAR, D. A. (1990).- "Técnicas de evaluación de las habilidades sociales en el contexto clínico y escolar" En J.M. Román Sánchez y D. A. García Villamisar. *Intervención clínica y educativa en el ámbito escolar*. Valencia. Promolibro.
- GARCIA-COLL, C.T., KAGAN, J. y REZNICK, J.S. (1984).- "Behavioral inhibition in young children". *Child Development*. 55, 1005-1019.
- GENEST, M. y TURK, D.C. (1981).- "Think-aloud approaches to cognitive assessment" En T.V. Mreluzi, C.R Glass y M. Genest (Eds.). *Cognitive assessment*. NY. Guilford Press.
- GERGEN, K.J. (1984).- "Theory of the self: impasse and evolution. En L. Berkowitz (Ed.). *Advances in experimental social psychology*, Orlando, AP.
- GILBERT, P. (1989).- "*Human nature and suffering*". Lawrence Erlbaum. NY.
- GLASS, C.R, MERLUZZI, T.V., BIEVER, J.K. y LARSEN, K.H. (1982).- "Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire". *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55.
- GRENN, KD., VOSK, B., FOREHAND, R y BECK, S. (1981).- "An examination of differences among sociometrically identified accepted, rejected, and neglected children". *Child Study Journal*, 11, 117-124.
- GUILFORD, J.P. (1967).- *The Nature of Human intelligence*. NJ. McGraw Hill.

- ICKES, W., ROBERTSON, E., TOOKE, W., y TENG, G. (1986).- "Naturalistic social cognition: Methodology, assessment, and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 66-82.
- JONES, R.G. (1969).- "A factored measure of Ellis' irrational belief system. with personality and adjustment correlates". (Doctoral Dissertation, Texas Technological College).
- KAGAN, J. (1989).- "The concept of Behavioral inhibition to the unfamiliar". En J. S. Reznick (Ed.). *Perspectives on behavioral inhibition*. The University of Chicago Press.
- KAGAN, J., REZNICK, J.S. y SNIDMAN, N. (1986).- "Temperamental inhibition in early childhood". En R. Plomin y J. Dunn (Eds.). *The Study of temperament: Changes, continuities and challenges*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- LEARY, M. R. (1983).- Social anxiety: The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment*, 47, 66-75.
- LEITENBERG, H.- "Introduction". En H. Leitenberg (Ed.). *Handbook of Social and Evaluation Anxiety*. Plenum Press. NY.
- MARKS, I.M. y MATHHEWS, A.M. (1979).- "Brief standar self rating for phobic patients. *Behavior Research and Therapy*, 17, 263-267.
- MARTZKE, J. S., ANDERSON, B.L., y CACIOPPO, J.T. (1987).- "Cognitive assessment of anxiety disorders. En L. Michelson y L.M. Ascher (Eds.). *Anxiety and stress disorders: Cognitive-behavioral assessment and treatment*. New York. Guilford Press.
- PELECHANO, V. (1984).- "*Habilidades sociales e inteligencia social*". Ponencia presentada en el I Congreso de Evaluación Psicológica. Madrid.
- POLAINO-LORENTE, A. (1988).- "Retraso mental y habilidades sociales: una carencia injustificada en los programas de intervención" En CEFAES (Ed.). *Jornadas nacionales para padres de deficientes mentales: esperanzas objetivas*. Banco Exterior de España.
- REHM, L.P. y MARSTON, A.R (1968).- "Reduction of social anxiety through modification of self-reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 565-574.
- REZNICK, J.S., GIBBONS, J.L. JOHNSON, M.O. y McDONUGH, P.M. (1989).- "Behavioral inhibition in normative sample". En J. S. Reznick (Ed.). *Perspectives on behavioral inhibition*. The University of Chicago Press.
- RHOLES, W.S. y RUBLE, D.N. (1984).- "Children's understanding of dispositional characteristics of others. *Child Development*, 55, 550-560.
- ROTENBERG, K J. (1982).- "Development of character constancy of self and other". *Child Development*, 53, 505-515
- ROTHBART, M. K y MAURO, J.A. (1990).- "Temperament, behavioral inhibition, and syness in childhood. En H. Leitenberg (Ed.). *Handbook of Social and Evaluation Anxiety*. Plenum Press. NY.
- RUBIN, K. H. (1985).- "Socially withdrawn children: An "at risk" population?. En B. Schneider, K. H. Rubin, y J. Ledingham (Eds.). *Children's peer relations: Issues in assessment and itervention*. NY. Springer-Verlag.
- SCHLENKER, B.R y LEARY, M.R (1982).- "Social anxiety and selfpresentation: a conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.

- TROWER, P. (1984).- "A radical critique and reformulation: From organism to agent". En P. Trower (Ed.) *Radical approaches to social skills training*. London: Croom Helm.
- TROWER, P., GILBERT, P. y SHERLING, G. (1990).- "Social anxiety, Evolution, and Self-Presentation". En H. Leitenberg (Ed.). *Handbook of Social and Evaluation Anxiety*. Plenum Press. NY.
- TURNER, S.M., BEIDEL, D.C., DANCU, C.V. y KEYS, D.J. (1986).- "Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389-394.
- WATSON, D. y FRIEND, R. (1969).- "Measurement of social-evaluative anxiety". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- WOLPE, J. y LANG, P. (1964).- "A fear schedule for use in behavior therapy. *Behavior Research and Therapy*, 2, 27-30.

## **Resumen**

La ansiedad social en personas deficientes mentales implica sentimientos de desasosiego, malestar y estar tiempo pendiente de uno mismo. Se analizan las principales teorías referentes a la ansiedad social y se discuten las principales estrategias de evaluación tanto desde el punto de vista comportamental como cognitivo. Entre estas técnicas merecen destacarse entrevistas, autoinformes, ideas irracionales, atribuciones, esquemas, expectativas, etc.

## **Palabras clave**

Ansiedad social, Inhibición conductal, Deficiencia mental, Habilidades sociales, Inteligencia social, Evaluación.

## **Summary**

Social anxiety in mental retardation involves feelings of apprehension, self-consciousness and emotional distress in anticipated or actual social evaluative situation. This review discusses several current theories of social anxiety in mental retardation. This review highlights important issues and frequently used or promising measures for the cognitive and behavioral assessment of social anxiety in mental retardation. The major assessment discussed are behavioral interviews, self-report inventories, self-monitoring diaries, behavioral observation of social performance, self-statements, irrational beliefs, attributions, schemata, expectancies, and self-focused attention.

**Keywords**

Social anxiety, Behavioral Inhibition, Mental retardation, Social Skills, Social Intelligence, Assessment.