

Original

## Propiedades psicométricas del Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO) en población Dominicana

Zoilo Emilio García-Batista<sup>a</sup>, Kiero Guerra-Peña<sup>a</sup>, Antonio Cano-Vindel<sup>c</sup>, Lucas Lapuente<sup>b</sup> & Leonardo A. Medrano<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Republica Dominicana

<sup>b</sup>Universidad Siglo 21, Argentina

<sup>c</sup>Universidad Complutense de Madrid, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 1 de enero de 2023

Aceptado el 4 de julio de 2023

#### Palabras clave:

Ansiedad social  
Validez  
Fiabilidad  
República Dominicana

#### Keywords:

Ansiedad social  
Validez  
Fiabilidad  
República Dominicana

### R E S U M E N

El trastorno de ansiedad social es una enfermedad mental que se identifica por un miedo marcado y persistente a una o más situaciones sociales. El Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO), involucra ítems elaborados a partir de situaciones sociales características del contexto Iberoamericano. Es por esto que el objetivo principal de este estudio consiste en analizar las propiedades psicométricas de este instrumento para la población dominicana. Se utilizó una muestra seleccionada de manera no probabilística, formada por 600 personas de población general de la República Dominicana. Del total, 245 fueron hombres (40.8%) y 355 mujeres (59.2%). La media de edad fue de 29.21 (DE = 11.16). Se contrastaron diferentes modelos mediante AFC. A partir de los resultados obtenidos puede afirmarse que la estructura pentafactorial es la que presenta mejores índices de ajuste. Los análisis referidos a la consistencia interna de los 5 factores mostraron resultados satisfactorios que cumplen con los criterios establecidos por la normativa psicométrica internacional respecto a la homogeneidad del contenido de los reactivos. No se encontraron diferencias en las puntuaciones del CASO entre hombres y mujeres. Al considerar de forma conjunta los resultados obtenidos puede afirmarse que las propiedades psicométricas de las puntuaciones del CASO son satisfactorias para su uso en la población dominicana.

### Psychometric properties of the Social Anxiety Questionnaire for Adults (CASO) in Dominican population

#### A B S T R A C T

Social anxiety disorder is a mental illness characterized by marked and persistent fear of one or more social situations. The Social Anxiety Questionnaire for Adults (CASO) involves items elaborated from characteristic social situations of the Ibero-American context. For this reason, the main objective of this study is to analyze the psychometric properties of this instrument for the Dominican population. A non-probabilistically selected sample was used, made up of 600 people from the general population of the Dominican Republic. Of the total, 245 were men (40.8%) and 355 women (59.2%). The mean age was 29.21 (SD = 11.16). Different models were contrasted using AFC. Based on the results obtained, it can be affirmed that the pentafactorial structure is the one that presents the best fit indices. The analyzes referring to the internal consistency of the 5 factors showed satisfactory results that meet the criteria established by international psychometric regulations regarding the homogeneity of the content of the items. No differences were found in CASE scores between men and women. When jointly considering the results obtained, it can be affirmed that the psychometric properties of the CASO scores are satisfactory for use in the Dominican population.

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [zoiloeagarcia@gmail.com](mailto:zoiloeagarcia@gmail.com) (Z. E. García-Batista).

<https://doi.org/10.5093/anyes2023a12>

1134-7937/© 2023 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Colegio de la Psicología de Madrid. Todos los derechos reservados.

## Introducción

El trastorno de ansiedad social (TAS), es un problema de salud mental que se caracteriza por un miedo marcado y persistente a una o más situaciones sociales (por ejemplo, hablar con un desconocido o con un compañero, ir a una fiesta) o a actividades de actuación (por ejemplo, dar un discurso) en las que la persona está expuesta a personas desconocidas, o en las que puede enfrentarse a un posible escrutinio por parte de los demás (American Psychiatric Association, 2013). Los individuos con TAS temen actuar de una manera inapropiada, vergonzosa y recibir una evaluación negativa por parte de los demás (Alden y Taylor, 2010). Como consecuencia de ello suelen anticipar situaciones en las que tengan que desarrollar conducta social, lo que les produce malestar y alta activación fisiológica, por lo que tienden a evitar situaciones sociales, o bien, soportarlas con elevados niveles de angustia (National Institute of Mental Health, 2017).

El TAS genera dificultades en las interacciones interpersonales que se traducen en un deterioro significativo en casi todas las facetas de la vida cotidiana, incluidas las relaciones sociales, el trabajo y los estudios (Asher et al., 2017). En comparación con los individuos sin TAS, los que padecen el trastorno son más propensos a abandonar la escuela prematuramente (Stein y Kean, 2000), a tener menores ingresos y a estar desempleados (Leclubier et al., 2000), presentar menor calidad de vida (Alonso et al., 2004), y ser más propensos a tener dependencia del alcohol y la nicotina (Wittchen et al., 1999).

La prevalencia de TAS en América Latina es del 5,0% a lo largo de la vida, y anualmente se estima alrededor del 2,8% (Kohn, 2013). A pesar de que se publican pocos estudios sobre el TAS en la República Dominicana, los trastornos de ansiedad se encuentran dentro de los 10 problemas de salud más significativos por la disfuncionalidad que causan. Específicamente en 2017, ocupaban el sexto lugar (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017).

Para evaluar este trastorno, es habitual el uso de cuestionarios o instrumentos estandarizados. Lamentablemente, la mayor parte de los instrumentos desarrollados son de origen anglosajón, lo cual genera importantes inconvenientes al administrarlos en población iberoamericana. Esto se debe, fundamentalmente, a que las situaciones sociales representativas, o indicios del trastorno, no coinciden en todos los casos entre las culturas (Salazar et al., 2018). Esto lleva a que la validación de instrumentos de origen anglosajón sea inadecuada para una valoración del TAS ya que incluye situaciones irrelevantes, o bien, no contempla situaciones relevantes o típicas de otros contextos culturales (Caballo et al., 2016). Por esta razón, se desarrolló el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO), el cual involucra ítems elaborados a partir de situaciones sociales características del contexto Iberoamericano (Caballo et al., 2016; Caballo et al., 2010a; Salazar et al., 2018).

En diversos países de Latinoamérica se han examinado las propiedades psicométricas del CASO, tales como México, Chile y Colombia (Caballo et al., 2016; Salazar et al., 2015; 2018). Los estudios de estructura interna mediante análisis factorial señalan la existencia de cinco factores subyacentes: 1) interacción con el sexo opuesto (ítems como “iniciar una conversación con una persona del sexo opuesto que me atrae”); 2) quedar en evidencia o en ridículo (ítems como “que me gasten una broma en público”); 3) interacción con desconocidos (ítems como “hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones”); 4) hablar en público/interacción con personas de autoridad (ítems como “participar en una reunión con personas de autoridad”); 5) expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado (ítems como “tener que pedirle a un vecino que deje de hacer ruido”). Asimismo, las cinco dimensiones del CASO han mostrado niveles aceptables de consistencia interna, con valores Alfa de Cronbach entre 0.74 y 0.86 (Caballo et al., 2016; Salazar et al., 2015; 2018).

En cuanto a las evidencias de validez con fuentes externas, se han

aportado diferentes tipos de evidencias. Por ejemplo, Caballo et al. (2016) obtuvieron correlaciones significativas entre las puntuaciones del CASO y las sub-escalas de Ansiedad y de Evitación de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz-versión de autoinforme (LSAS-SR; Liebowitz, 1987). Además, se han encontrado diferencias significativas en cuanto al sexo, donde las mujeres obtuvieron mayor puntuación que los hombres (Caballo et al., 2010b; Caballo et al., 2015; Salazar et al., 2018). Estos resultados son coherentes con los reportados en la literatura científica. De hecho, en una revisión sistemática reciente se concluyó que las mujeres tienen más probabilidades de padecer TAS, observándose una mayor prevalencia y mayor gravedad clínica, así como también, niveles más altos de miedos sociales y un mayor número de miedos sociales (Ashera et al., 2017).

A pesar de su uso a nivel iberoamericano, no existen adaptaciones del CASO en República Dominicana. Tomando esto en consideración, el presente trabajo tiene por objetivo principal analizar las propiedades psicométricas de este instrumento para la población dominicana, más específicamente se pretende: a) brindar evidencias sobre la estructura interna del CASO, b) examinar la consistencia interna, y c) brindar evidencias sobre capacidad de discriminación mediante el contraste de grupos conocidos.

## Metodología

### Participantes

En la investigación se utilizó una muestra formada por 600 personas de población general, habitantes de República Dominicana. Del total, 245 fueron hombres (40.8%) y 355 mujeres (59.2%). La media de edad fue de 29.21 ( $DE = 11.16$ ), siendo el mínimo de 17 y el máximo de 74 años. La muestra fue seleccionada de forma no probabilística, haciendo uso de la estrategia de muestreo accidental.

### Instrumento

El Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO; Caballo et al., 2010a) es un instrumento desarrollado con el fin de evaluar la ansiedad social mediante 30 ítems, resultado de las situaciones sociales características de países iberoamericanos. Valora cinco dimensiones de ansiedad social, representadas por 6 ítems cada una. Las dimensiones son: 1) hablar en público/interacción con personas de autoridad, 2) interacción con desconocidos, 3) interacción con el sexo opuesto, 4) expresión asertiva de molestia, desagrado o enojo, y 5) quedar en evidencia o en ridículo. Contiene una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos que van desde 1 (nada o muy poco malestar, tensión o nerviosismo) hasta 5 (mucho o muchísimo malestar, tensión o nerviosismo). De esta manera, se puede obtener una puntuación global y una para cada dimensión (Caballo et al., 2016; Salazar, Caballo, Arias, & CISO-A, 2018).

### Procedimiento y Análisis de Datos

El CASO se administró de manera presencial por un equipo entrenado específicamente para estos fines a partir de que los participantes brindaran su consentimiento informado. Se utilizaron los programas SPSS y AMOS versión 26. El análisis factorial confirmatorio (AFC) fue realizado con el programa AMOS. Se pusieron a prueba tres modelos siguiendo los criterios utilizados en estudios antecedentes (Caballo et al., 2016): 1) modelo unifactorial, 2) modelo de cinco factores correlacionados y, 3) modelo de cinco factores de primer orden y un único factor de segundo orden. Para la determinación de la estructura factorial del CASO, se utilizaron los índices de ajustes recomendados por Jackson et al. (2009): el índice de ajuste compara-

**Tabla 1.**  
Cargas Factoriales ítems escala CASO

	F1	F2	F3	F4	F5
AS3	0,437				
AS7	0,516				
AS12	0,611				
AS18	0,670				
AS25	0,638				
AS29	0,500				
AS22		0,536			
AS19		0,481			
AS15		0,572			
AS17		0,657			
AS13		0,673			
AS10		0,570			
AS4			0,533		
AS6			0,567		
AS20			0,517		
AS23			0,719		
AS27			0,456		
AS30			0,488		
AS2				0,570	
AS5				0,581	
AS9				0,418	
AS11				0,484	
AS14				0,563	
AS26				0,707	
AS28					0,447
AS24					0,699
AS21					0,740
AS16					0,550
AS8					0,445
AS1					0,385

Nota. Factor 1= hablar en público/interacción con personas de autoridad. Factor 2= interacción con desconocidos. Factor 3= interacción con el sexo opuesto. Factor 4= expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado. Factor 5= quedar en evidencia o ridículo.

do (CFI), el índice de ajuste no normado (TLI), la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA) y el índice de bondad del ajuste (GFI). Para los índices CFI, TLI y GFI, [Hu y Bentler \(1998\)](#) recomendaron valores de 0.95 para considerar un ajuste óptimo, y superiores a 0.90 para un ajuste aceptable. Por otra parte, valores inferiores a 0.06 para el RMSEA.

Una vez realizado el AFC, se evaluó la consistencia interna de las cinco subescalas y la escala total utilizando los coeficientes  $\alpha$  de Cronbach y el coeficiente  $\omega$ . Se recabaron evidencias de validez de discriminación con criterios externos mediante el contraste de grupos conocidos. De esta forma, se compararon las puntuaciones de hombres y mujeres mediante la prueba *t* de Student para muestras independientes. Finalmente, se realizó un estudio de validez concurrente correlacionando con *r* de Pearson las puntuaciones de las subescalas del test CASO.

## Resultados

### Análisis Preliminar de los Ítems

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de los ítems para evaluar el cumplimiento de los supuestos de normalidad, linealidad de las relaciones y ausencia de multicolinealidad. Luego se analizó la existencia de casos atípicos (univariados y multivariados) para evitar la distorsión de los resultados de los análisis.

Todos los ítems presentaron una distribución cercana a la normalidad, con valores de asimetría y curtosis  $\pm 2$ . No se registraron casos perdidos y tampoco casos atípicos (univariados o multivariados). Asimismo, se verificó el supuesto de linealidad mediante la inspección de los diagramas de dispersión entre los diferentes pares de variables, y se comprobó la ausencia de multicolinealidad al no encontrar correlaciones inter-ítem superiores o iguales a ,90 ([Tabachnick & Fidell, 2001](#)).

### Análisis Factorial Confirmatorio

Para la realización del análisis factorial confirmatorio se pusieron a prueba tres modelos: un modelo de 5 factores; un modelo con 5 factores de primer orden y un factor de segundo orden; y un modelo con un solo factor general. En la [Tabla 1](#) se muestran las cargas factoriales de todos los ítems y sus correspondientes factores. Por su parte, los resultados del análisis ([tabla 2](#)) indican que el mejor ajuste fue para el modelo 1, con algunos índices aceptables (GFI y RMSEA) y otros apenas por debajo del criterio de aceptación (TLI y CFI).

### Consistencia Interna

La consistencia interna de la escala fue evaluada mediante el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach y el coeficiente  $\omega$  tanto para cada una de las

**Tabla 2.**

Índices de Ajustes para el modelo de subescalas del Cuestionario de Ansiedad Social (Caso-A30).

Modelo	CFI	GFI	TLI	RMSEA	AIC
5 Factores	0,88	0,90	0,87	0,05	1077,234
5 Factores de primer orden y un factor de segundo orden	0,87	0,89	0,85	0,05	1110,172
1 Factor general	0,76	0,83	0,74	0,06	1621,275

**Tabla 3.**

Consistencia Interna del Cuestionario de Ansiedad Social en Adultos (CASO).

	$\alpha$ de Cronbach	$\omega$
Factor 1 (HP)	0.73	0.82
Factor 2 (IPD)	0.74	0.83
Factor 3 (ISO)	0.73	0.82
Factor 4(EAM)	0.70	0.81
Factor 5 (QER)	0.71	0.81
General	0.90	

Nota. Factor 1= hablar en público/interacción con personas de autoridad. Factor 2= interacción con desconocidos. Factor 3= interacción con el sexo opuesto. Factor 4= expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado. Factor 5= quedar en evidencia o ridículo. Factor General.

dimensiones como para la escala general. Los resultados (Tabla 3) indican valores aceptables tanto para el coeficiente alpha como para el coeficiente omega.

**Tabla 4.**

Correlación entre las subescalas del Cuestionario de Ansiedad Social en Adultos (Caso-A30)

	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	ASPD
Factor1	.42**	.49**	.55**	.48**	.75**
Factor2		.51**	.46**	.53**	.76**
Factor3			.61**	.53**	.79**
Factor4				.48**	.79**
Factor5					.77**
ASPD					

Nota. \*\* $p < .01$ . Factor1= hablar en público/interacción con personas de autoridad. Factor2= interacción con desconocidos. Factor3= interacción con el sexo opuesto. Factor4= expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado. Factor5= quedar en evidencia o ridículo. ASPD= Ansiedad social puntuación directa. Sig.= significancia. \*\* $p < .01$ .

Para evaluar la validez concurrente interna se analizaron las correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala. Todas las relaciones de la escala mostraron relaciones teóricamente coherentes ya que fueron directas y significativas (Tabla 4).

**Tabla 5.**

Comparación de puntuaciones del CASO entre Mujeres (n=355) y Hombres (n=245).

	Grupos				t	p
	Mujeres		Hombres			
	M	DE	M	DE		
Factor1	13.99	4.63	13.86	4.73	-.343	.732
Factor2	17.46	4.92	17.09	4.83	-.914	.361
Factor3	15.89	5.0	15.97	4.86	.177	.860
Factor 4	15.67	4.68	15.53	4.5	-.373	.710
Factor5	15.41	4.77	15.45	4.78	.091	.927
General	78.43	18.84	77.75	18.84	.347	.729

Nota. M=Media, DE=Desviación Estándar.

## Contraste de Grupos Conocidos

Por último, y con el fin de evaluar si las puntuaciones diferían significativamente para hombre y mujeres se compararon los resultados de ambos grupos mediante una prueba *t* para muestras independientes. Contrariamente a lo esperado, en ninguna de las dimensiones se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos contrastados (Tabla 5).

## Discusión

El TAS constituye uno de los trastornos mentales más prevalentes en Latinoamérica (Kohn, 2013), con importantes consecuencias negativas para la salud, la economía y la funcionalidad (Asher et al., 2017). Sumado a ello, es importante destacar que el TAS no suele presentarse de forma aislada, mostrando elevadas tasas de comorbilidad, sobre todo con el trastorno depresivo mayor (TDM; Ruscio et al., 2008). Los individuos con TAS tienen entre 3,5 y 4,5 veces más probabilidades de desarrollar un TDM (Beesdo et al., 2007; Ruscio et al., 2008; Stein & Kean, 2000), y los estudios a gran escala indican que la aparición del TAS precede al desarrollo del TDM hasta en un 70% de los casos comórbidos (Fava et al., 2000).

Contar con instrumentos debidamente adaptados para evaluar el TAS es indispensable para el desarrollo de investigaciones, el diseño de tratamientos, la identificación temprana de casos con fines preventivos, y el diagnóstico clínico. El CASO es actualmente el único autoinforme de evaluación de la ansiedad social desarrollado específicamente para países de iberoamérica (Caballo et al., 2010b; Salazar et al., 2015), ha demostrado poseer validez de constructo, altos niveles de fiabilidad (Caballo et al., 2010a; Caballo et al., 2011; Salazar et al., 2015; Wagner et al., 2014) y puntos de corte que permiten evaluar diferencialmente la ansiedad social según el sexo (p. ej., Caballo et al., 2015). Lamentablemente, en República Dominicana no existen estudios de validación psicométrica del mismo. Por este motivo, el presente trabajo tuvo el propósito de analizar las propiedades psicométricas del CASO para la población dominicana.

Con el propósito de recabar evidencias respecto a la estructura interna del CASO, se contrastaron diferentes modelos mediante AFC. A partir de los resultados obtenidos puede afirmarse que la estructura pentafactorial es la que presenta mejores índices de ajuste, coincidente con los estudios antecedentes realizados con el CASO, tanto para la

muestra española (Caballo et al., 2010a) como para la muestra conjunta de 16 países latinoamericanos (Caballo et al., 2010a; Caballo et al., 2011; Caballo et al., 2015). Cabe señalar que estos resultados brindan evidencias a favor del comportamiento robusto del CASO respecto a su estructura factorial, a diferencia de lo que ocurre con otros cuestionarios que examinan TAS, donde se observan variaciones en la cantidad de factores subyacentes. Por ejemplo, el "Inventario de ansiedad y fobia social" (Social Phobia and Anxiety Inventory [SPAI]; Turner et al., 1989), tiene soluciones de dos, cinco y seis factores; la "Escala de Ansiedad Social de Liebowitz" (Liebowitz Social Anxiety Scale Self-Report [LSAS-SR]; Liebowitz, 1987) desde dos hasta cinco factores; el "Inventario de fobia social" (Social Phobia Inventory [SPIN]; Connor et al., 2000), de tres y cinco factores (Salazar et al., 2018). Por su parte, el CASO ha mostrado de forma sistemática los mismos cinco factores en todos los estudios que se han realizado hasta la fecha.

Los análisis referidos a la consistencia interna de los 5 factores mostraron resultados satisfactorios que cumplen con los criterios establecidos por la normativa psicométrica internacional respecto a la homogeneidad del contenido de los reactivos.

Contrariamente a lo esperado, no se encontraron diferencias en las puntuaciones del CASO entre hombres y mujeres. Estos resultados son llamativos, dado que en estudios antecedentes se ha reportado que las mujeres suelen presentar puntuaciones superiores en el CASO (Caballo et al., 2010a; Caballo et al., 2015; Salazar et al., 2018). Además de presentar más síntomas de ansiedad social, las mujeres suelen presentar mayor prevalencia y gravedad clínica de TAS (Ashera et al., 2017). Los resultados obtenidos en este estudio podrían sugerir que esto quizás no ocurra en población dominicana. Estos resultados requieren un examen más cuidadoso, con el fin de determinar si la ausencia de diferencias se confirma y si responde a factores culturales, o bien a la validez de constructo del CASO. No obstante, es importante señalar que al considerar de forma conjunta los resultados obtenidos puede afirmarse que las propiedades psicométricas de las puntuaciones del CASO son satisfactorias para su uso en la población dominicana.

El presente estudio tiene una serie de limitaciones que deben mencionarse. En primer lugar, la muestra del estudio fue seleccionada por conveniencia, estando compuesta principalmente por individuos procedentes de la población general, con diferentes sesgos como por ejemplo la edad, sin incluir población clínica. En segundo lugar, no se proporcionan evidencias de validez con fuentes externas sustanciales, como evidencia convergente o predictiva. A pesar de estas las limitaciones, observamos que este es el primer estudio que proporciona evidencia sobre la validez de constructo y la fiabilidad del CASO en República Dominicana. La falta de medidas psicométricamente bien establecidas para evaluar el TAS ha limitado la posibilidad de desarrollar programas de investigación en este país que permitan el desarrollo de intervenciones clínicas y de prevención. Se espera que el presente trabajo contribuya a aumentar el desarrollo de prácticas basadas en la evidencia en la salud mental, un campo aún pobremente desarrollado en el contexto de Latinoamérica y el Caribe (Medrano & Moretti, 2015).

## Agradecimientos

Esta investigación contó con el apoyo del Fondo Nacional de Innovación y Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDOCYT) de República Dominicana, por tal motivo le agradecemos.

## Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2010). *Interpersonal processes in social anxiety disorder*. In J. G. Beck (Ed.), *Interpersonal processes in the anxiety disorders: Implications for understanding psychopathology and treatment* (p. 125–152). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12084-005>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Lépine, J. P., & European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project (2004). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (420), 5–7. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00325.x>
- Asher, M., Asnaani, A., & Aderka, I. M. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical psychology review*, 56, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004>
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of general psychiatry*, 64(8), 903–912. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.8.903>
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Iruiria, M. J., Calderero, M., & Equipo de Investigación CISO-A España. (2010a). Validación del "Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos" (CASO-A30) en universitarios españoles: similitudes y diferencias entre carreras universitarias y comunidades autónomas. *Psicología Conductual*, 18(1), 5–34.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruiria, M. J., Arias, B., & Hofmann, S. G. (2010b). Measuring social anxiety in 11 countries: Development and validation of the Social Anxiety Questionnaire for Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 26(2), 95–107. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000014>
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruiria, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G., & Equipo de Investigación CISO-A. (2011). The multidimensional nature and multicultural validity of a new measure of social anxiety: The Social Anxiety Questionnaire for Adults. *Behavior Therapy*, 43(2), 313–328. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.07.001>
- Caballo, V. E., Arias, B., Salazar, I. C., Iruiria, M. J., Barroso, R., & Hofmann, S. G. (2015). Psychometric properties of an innovative self-report measure: The Social Anxiety Questionnaire for adults. *Psychological Assessment*, 27(3), 997–1012. <https://doi.org/10.1037/a0038828>
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Robles, R., Arias, B., Iruiria, M. J., & Equipo de Investigación CISO-A México. (2016). Validación del Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO) en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 33(1), 30–40.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 176, 379–386. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424–453.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2017). *What health problems cause the most disability?* Seattle, WA: University of Washington.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141–173. <https://doi.org/10.1159/000414022>
- Lecrubier, Y., Wittchen, H., Faravelli, C., Bobes, J., Patel, A., & Knapp, M. (2000). A European perspective on social anxiety disorder. *European Psychiatry*, 15(1), 5–16. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00216-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00216-9)
- Fava, M., Rankin, M. A., Wright, E. C., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., Pava, J., & Rosenbaum, J. F. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive psychiatry*, 41(2), 97–102. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(00\)90140-8](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(00)90140-8)
- Medrano, L. A. & Moretti, L. S. (2015). *Prácticas Basadas en la Evidencia. Ciencia y Profesión en el Campo de la Salud*. Córdoba, Argentina: Brujas
- National Institute of Mental Health (2017). *Trastorno de Ansiedad Social: Más allá de la simple timidez*. National Institute of Mental Health. Maryland: Office of Science Policy, Planning, and Communications.
- Kohn, R. (2013). *La brecha de tratamiento en las Américas*. Documento técnico. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, 38(1), 15–28. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001699>
- Salazar, I. C., Caballo, V. E., Arias, B., & Equipo de Investigación CISO-A (2018). Estructura interna del "Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos" (CASO) con una muestra chilena. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 48(3), 91–104.
- Salazar, I. C., Caballo, V. E., Arias, B., & Equipo de Investigación CISO-A Colombia. (2015). Validez de constructo y fiabilidad del «Cuestionario de ansiedad social para adultos» (CASO) en Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 98–107. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.07.001>

- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *The American journal of psychiatry*, 157(10), 1606–1613. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1606>
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2001). *Using Multivariate Statistics*, 4 Edición. Boston: Allyn and Bacon.
- 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: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(1), 35–40. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.1.35>
- Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological medicine*, 29(2), 309–323. <https://doi.org/10.1017/s0033291798008174>
- Wagner, M. F., Pereira, A. S., & Oliveira, M. S. (2014). Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(3), 425-442