

APLICACIÓN INTERNACIONAL DEL PROGRAMA “INTERVENCIÓN MULTIDIMENSIONAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL” (IMAS): I. EFICACIA DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ANSIEDAD SOCIAL

Vicente E. Caballo¹, Isabel C. Salazar¹, Joshua Curtiss², Rosa B. Gómez Araujo³, Alicia M. Rossitto⁴, María F. Coello⁵, Juan S. Herrera Puente⁵, Olivia Gamarra⁶, Rosa Sanguino Andrés⁷, Víctor B. Arias⁸, Stefan G. Hofmann⁹ y Equipo de investigación IMAS

¹*Universidad de Granada (España)*; ²*Hospital General de Massachusetts (EE.UU.)*; ³*Universidad Nacional de Asunción*; ⁴*Fundación San Rafael Padre Aldo Trentto (Paraguay)*; ⁵*Universidad del Azuay (Ecuador)*; ⁶*Sensorium (Paraguay)*; ⁷*Servicio de Psiquiatría de Palencia, SACYL*; ⁸*Universidad de Salamanca (España)*; ⁹*Philipps-University Marburg (Alemania)*

Resumen

El trastorno de ansiedad social (TAS) es uno de los trastornos más frecuentes a nivel mundial. El objetivo de este estudio fue comprobar la eficacia del nuevo programa “Intervención multidimensional para la ansiedad social” (IMAS) para el tratamiento del TAS. Participaron 67 personas diagnosticadas con TAS, según el DSM-5, evaluadas mediante una entrevista semiestructurada (Salazar y Caballo, 2018) y dos medidas de autoinforme para la ansiedad social, el CASO (Caballo, Salazar, Arias, *et al.*, 2010) y la LSAS-SR (Liebowitz, 1987). Diferentes terapeutas llevaron a cabo el tratamiento en Ecuador, España, Paraguay y Puerto Rico. Los resultados mostraron importantes mejoras del pretratamiento al postratamiento, que se mantenían a los seis meses. El tamaño del efecto estaba entre 1 y 2 y, en muchas ocasiones, fue superior a 2. Aunque se comparó con un grupo de terapia cognitivo conductual y otro de tratamiento farmacológico, con resultados favorables para el programa IMAS, el bajo número de sujetos de estos últimos grupos no permite llegar a deducciones claras. En conclusión, este nuevo programa para el tratamiento de la ansiedad social parece altamente eficaz a corto y medio plazo y sus resultados positivos parecen generalizables a diferentes países.

PALABRAS CLAVE: *trastorno de ansiedad social, fobia social, tratamiento cognitivo conductual, programa IMAS, terapia, eficacia, tamaño del efecto.*

Este estudio es parte del proyecto I+D+i con referencia RTI2018-093916-B-I00, financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033/ y FEDER “Una manera de hacer Europa”. Se reconoce también la ayuda de la Fundación para el Avance de la Psicología Clínica Conductual (FUNVECA).

El Equipo de investigación IMAS, coautor de este estudio, está compuesto por los siguientes investigadores: Susana del Moral Bernal, Paula Herrera Giner y Ángel Royuela del Servicio de Psiquiatría de Palencia, SACYL (España).

Correspondencia: Isabel C. Salazar, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Granada (España). E-mail: salazar_isabel@hotmail.com

Abstract

Social anxiety disorder (SAD) is one of the most prevalent disorders worldwide. The goal of this study was to test the effectiveness of the new program "Multidimensional Intervention for Social Anxiety" (MISA) for the treatment of SAD. Sixty-seven people diagnosed with SAD, according to the DSM-5, participated in this study, and they were assessed by means of a semi-structured interview (Salazar & Caballo, 2018) and two self-report measures for social anxiety, the SAQ (Caballo, Salazar, Arias, *et al.*, 2010) and the LSAS-SR (Liebowitz, 1987). Different therapists delivered the treatment in Ecuador, Spain, Paraguay, and Puerto Rico. The results showed significant improvements from pre-treatment to post-treatment, which were maintained at six months. The effect size was between 1 and 2 and, on many occasions, was greater than 2. Although it was compared with a cognitive behavioral therapy group and a pharmacological treatment group, with favorable results for the MISA program, the low number of subjects in the latter groups does not allow clear deductions to be made. In conclusion, this new program for the treatment of social anxiety seems highly effective in the short and medium term and its positive results seem generalizable to different countries.

KEY WORDS: *social anxiety disorder, social phobia, cognitive-behavioral treatment, MISA program, therapy, effectiveness, effect size.*

Introducción

El trastorno de ansiedad social (TAS) es uno de los trastornos mentales más frecuentes entre los adultos, casi siempre después de los trastornos depresivos y el abuso de alcohol, y ocupa el segundo lugar entre los trastornos de ansiedad, después de la fobia específica. Las tasas informadas en las Encuestas de Salud Mental de la OMS (*WHO Mental Health Surveys*) (Kessler y Üstün, 2008) están entre el 0,2% y el 6,8% en los últimos 12 meses y entre el 0,2% y el 12,1% a lo largo de la vida (ambos en Nigeria y Estados Unidos, respectivamente) (Gureje *et al.*, 2008; Kessler *et al.*, 2008). A nivel global, la prevalencia del TAS es de 2,4% en los últimos 12 meses y de 4,0% a lo largo de la vida (Stein *et al.*, 2017).

Experimentar cierto grado de ansiedad en situaciones sociales no es infrecuente y no constituye, en sí mismo, un trastorno. Un diagnóstico de TAS necesita de niveles excesivos de ansiedad por la posibilidad de estar expuesto a la observación y posible evaluación por otras personas en distintas situaciones sociales. Estas situaciones pueden ser muy variadas e ir desde el temor a hablar en una clase o dar una charla en público hasta conversar con otras personas, incluso entre miembros de la familia y los amigos. Generalmente, los individuos con TAS intentarán evitar dichas situaciones, pero la mayoría de las veces permanecerá en ellas soportándolas con mucho malestar.

Sin el tratamiento adecuado, el TAS no mejora, una cuestión que parece estar apoyada por las diferencias significativas observadas cuando se contrastan las condiciones de intervención con la lista de espera (p. ej., Acarturk, Cuijpers, van Straten y de Graaf, 2009; Mayo-Wilson *et al.*, 2014; Powers, Sigmarsson y Emmelkamp, 2008; Steinert, Stadter, Stark y Leichsenring 2017). Además, las

personas tienen la impresión de no estar viviendo con arreglo a sus valores y propósitos de vida, sino en función de la ansiedad y la evitación de las situaciones temidas. Afortunadamente, para este trastorno existen tratamientos eficaces que buscan reducir la sintomatología y mejorar el funcionamiento social.

Entre los tratamientos psicológicos disponibles, la terapia cognitivo conductual (TCC) es la primera opción como tratamiento bien establecido (*Society of Clinical Psychology, Division 12, APA, s.f.*) Por TCC nos referimos a un modelo conceptual de tratamiento más que a un protocolo concreto de intervención (Hofmann, Sawyer, y Fang, 2010), e incluye técnicas y procedimientos diversos, tales como la terapia de exposición, el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en relajación, la terapia racional emotivo conductual, la terapia cognitiva, o también la combinación entre ellos. Estos métodos intentan corregir falsas creencias y distorsiones cognitivas, al tiempo que proporcionan estrategias para que las personas con ansiedad social puedan exponerse a las situaciones sociales temidas. En conjunto, están orientadas a la disminución del malestar emocional y de los comportamientos problemáticos (Hofmann *et al.*, 2010).

Las revisiones y metaanálisis realizados durante los últimos 26 años han señalado que la TCC tiene efectos inmediatos y a largo plazo sobre el TAS (p. ej., Acarturk *et al.*, 2009; Barkowski *et al.*, 2016; Fedoroff y Taylor, 2001; Feske y Chambless, 1995; Mayo-Wilson *et al.*, 2014; Norton, Abbott, Norberg y Hunt, 2015; Olatunji y Hollon, 2010; Ponniah y Hollon, 2008; Powers *et al.*, 2008; Taylor, 1996; Wersebe, Sijbrandij y Cuijpers, 2013). El formato empleado para los tratamientos puede ser individual o en grupo, ya que ambos han demostrado ser eficaces. Cuatro metaanálisis que han analizado el efecto que podría tener el formato en la eficacia del tratamiento han llegado a conclusiones distintas. Por un lado, están los trabajos de Aderka (2009) y Mayo-Wilson *et al.* (2014) en los que se concluye que el formato individual muestra mejores resultados que el formato en grupo (aunque no se compara entre ambos formatos) y, por otro lado, encontramos las revisiones de Powers *et al.* (2008) y Acarturk *et al.* (2009), quienes sí realizaron análisis entre grupos sin encontrar diferencias significativas entre ambos formatos, aunque el formato de grupo tenía una ligera diferencia a su favor. Teniendo en cuenta lo anterior, tenemos que señalar algunas ventajas del formato en grupo, como la facilidad para la realización de algunas actividades (p. ej., la representación de papeles), la validación entre iguales, la ayuda y retroalimentación entre los participantes además de la del terapeuta, la oportunidad de exponerse en vivo a situaciones sociales naturales durante las sesiones en grupo, siendo, además, una alternativa terapéutica más económica para los pacientes (Barkowski *et al.*, 2016; Pelissolo, 2019; Wersebe *et al.*, 2013).

Centrándonos en las terapias de grupo para el TAS, analizamos seis revisiones que evaluaban su eficacia e informaban sobre los TCC (Acarturk *et al.*, 2009; Aderka, 2009; Barkowski *et al.*, 2016; Mayo-Wilson *et al.*, 2014; Powers *et al.*, 2008; Wersebe *et al.*, 2013).

Acarturk *et al.* (2009) calcularon la *d* de Cohen para informar sobre el tamaño del efecto del tratamiento en las medidas de ansiedad social. Revisaron 30 estudios de los cuales 24 probaban alguna forma de TCC (relajación aplicada, terapia cognitiva, exposición, exposición + terapia cognitiva, desensibilización sistemática,

entrenamiento en habilidades sociales) y consideraron que los valores entre 0 y 0,32 eran pequeños, entre 0,33 y 0,55 medianos, y entre 0,56 y 1,2 grandes (Lipsey y Wilson, 1993). Al comparar un total de 47 grupos (utilizando 29 estudios), encontraron que el tamaño del efecto medio fue de 0,77 (IC 95% [0,60-0,94]).

Aderka (2009) analizó 13 ensayos y la mayoría (12) evaluaba alguna forma de TCC. El tamaño de efecto medio (d de Cohen) de estos tratamientos sobre los síntomas de ansiedad social fue de 1,01 (IC 95% [0,23-1,75]). Además, comparó 10 ensayos que incluían tratamiento cognitivo conductual en grupo (TCCG) e informó que el tamaño del efecto medio fue de 0,92 y el rango estaba entre 0,56 (IC 95% [0,38-0,74]) el más pequeño y 1,64 (IC 95% [1,54-1,74]) el más grande.

Barkowski *et al.* (2016), en su metaanálisis sobre las psicoterapias de grupo para el TAS, incluyeron 36 ensayos controlados aleatorizados (ECA), en los que la mayoría (28) era TCCG. Sin embargo, en los análisis utilizaron solo 25 grupos para comparar y encontraron que el tamaño del efecto era grande para la sintomatología específica del TAS ($g = 0,84$, IC 95% [0,72-0,97]) favorable al grupo de psicoterapia sobre la condición de lista de espera. Además, el tamaño del efecto fue grande en el TCCG ($g = 0,83$ [0,70-0,97]) y en el grupo de terapia de exposición ($g = 0,91$ [0,61-1,20]), sin que hubiese diferencias significativas entre ambos grupos. La magnitud de la g de Hedges se interpretó de igual forma que la d de Cohen, considerando 0,20, 0,50 y 0,80 como tamaños del efecto pequeño, mediano y grande, respectivamente.

Mayo-Wilson *et al.* (2014) calcularon los efectos del tratamiento para cada estudio como una diferencia de medias estandarizada (DME) debido a la variabilidad en las medidas de ansiedad social utilizadas. Para reducir el error de medición, calcularon el efecto medio (g de Hedges) de todas las escalas elegibles para los estudios que incluían más de una medida, teniendo en cuenta la correlación entre escalas. La DME en el TCCG (en 28 ensayos) fue de 0,92 (IC 95% [0,51 a 1,33]), siendo significativamente más eficaz que la lista de espera.

Powers *et al.* (2008) utilizaron 17 ensayos controlados aleatorizados en los que la condición de tratamiento incluía cualquiera de las opciones del TCCG. Para calcular el tamaño del efecto utilizaron la d de Cohen o la g de Hedges según los datos disponibles en los estudios. Los tamaños del efecto informados en el postest fueron medianos (g de Hedges = 0,67; IC 95% [0,49-0,85]) y d de Cohen = 0,68; IC 95% [0,50-0,87]).

Wersebe *et al.* (2013) se centraron en evaluar los efectos del TCCG para el TAS en adultos, comparándolo con las condiciones de lista de espera, placebo o tratamiento habitual. En este trabajo utilizaron 11 ensayos controlados aleatorizados. Las características identificadas del TCCG fueron la exposición en vivo e intervenciones cognitivas como la reestructuración cognitiva o las habilidades para identificar pensamientos negativos; constaban de 6 a 16 sesiones dirigidas por dos terapeutas, con dos o dos horas y media de duración y una participación de al menos cuatro personas. Según el tamaño del efecto informado (g de Hedges = 0,54; IC 95% [0,36-0,73]) hubo una diferencia moderada, pero significativa, entre las condiciones de intervención (TCCG) y de control a favor de la primera. En lo que respecta a la ansiedad social evaluada concretamente con la LSAS (en cinco de los estudios), el tamaño del efecto fue mediano ($g = 0,52$; IC 95% [0,21-0,82]).

En los últimos años se han venido acumulando pruebas sobre las denominadas “terapias de tercera generación” o “de nueva ola” para el TAS, especialmente las intervenciones basadas en la atención plena y la aceptación, tales como la terapia de reducción del estrés basada en la atención plena (*Mindfulness-based stress reduction*, MBSR; Kabat-Zinn, 1990), la terapia cognitiva basada en la atención plena (*Mindfulness-based cognitive therapy*, MBCT; Segal, Williams y Teasdale, 2002), la terapia de aceptación y compromiso (*Acceptance and commitment therapy*, ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) y la terapia de grupo basada en la atención plena y la aceptación (*Mindfulness and acceptance-based group therapy*, MAGT; Kocovski, Fleming y Rector, 2009). Los estudios que han evaluado la eficacia de estas terapias han mostrado resultados prometedores, aunque parece que aún hay un largo camino para llegar a ser consideradas como terapias bien establecidas.

Norton *et al.* (2015) realizaron una revisión que incluía nueve estudios sobre las terapias basadas en la atención plena y observaron una reducción de los síntomas, pero vieron que el beneficio obtenido era similar a, y algunas veces menor que, la TCC. En concreto, la MBSR (tres estudios) mostró mejoras significativas en el postest (con tamaños del efecto $d= 0,59$, $\eta^2= 0,41-0,75$ y $d= 0,66-1,54$, respectivamente); sólo en el segundo estudio se informó de las mejoras que se mantenían en el seguimiento ($\eta^2= 0,58-0,68$); y únicamente en el tercer estudio se comparó con otro tratamiento (TCCG) y se informó que la MBSR fue significativamente menos eficaz que la TCCG ($d= 0,28-0,84$). La MBCT (dos estudios) mostró mejoras significativas con tamaños del efecto de pequeños a grandes en el postratamiento ($d= 0,32-0,85$ y $d= 0,77$, respectivamente) y de medios a grandes en el seguimiento ($d= 0,65-1,30$ y $d= 1,42$, respectivamente). El segundo de los estudios, que comparaba esta intervención con la TCCG, informó que no había diferencias significativas entre ambos grupos. La ACT (dos estudios) mostró resultados significativos en cuanto a la reducción de los síntomas de ansiedad social en el postratamiento, con tamaños del efecto grandes y medios ($d= 0,72-1,24$ y $d= 0,57$, respectivamente) y grandes y pequeños en el seguimiento ($d= 1,22-1,61$ y $d= 0,19$, respectivamente). Sin embargo, no tenían otras condiciones con las que comparar los resultados. La MAGT (dos estudios) mostró mejoras significativas en la ansiedad social, con tamaños del efecto medios en el postratamiento ($d= 0,65-0,75$ y $d= 0,62$, respectivamente) y grandes y pequeños en el seguimiento ($d= 1,00-1,19$ y $d= 0,37$, respectivamente). En este segundo trabajo, se compararon los resultados con la TCCG sin hallar diferencias significativas.

Liu *et al.* (2021) publicaron un metaanálisis con 11 ensayos aleatorizados y cuatro estudios sobre las intervenciones basadas en atención plena para el TAS. Utilizaron la g de Hedges para calcular el tamaño del efecto, considerando para su interpretación los valores mencionados en la revisión anterior para la d de Cohen. Los resultados muestran un cambio significativo con un tamaño del efecto grande en la sintomatología del TAS después de las intervenciones basadas en atención plena ($g= 1,20$; IC 95% [0,92-1,48]), pero el análisis entre grupos muestra que es equivalente a las condiciones de control (que incluía TCCG, lista de espera o ejercicio aeróbico) ($g= 0,00$; IC 95% [-0,31-0,30]). En concreto, el análisis de subgrupos reveló que las intervenciones basadas en atención plena (MBI) eran superiores al compararlas con la condición de grupo sin tratamiento ($g= 0,89$; IC del 95% [0,53-

1,26]) (5 ensayos), mientras que dos ensayos mostraron que las MBI eran equivalentes a otras condiciones de tratamiento activo ($g= 0,19$; IC 95% [0,67 a 1,04]). Seis ensayos mostraron que las MBI eran significativamente más débiles que la TCC ($g= 0,29$; IC del 95% [0,10 a 0,48]). Para terminar con este trabajo de metaanálisis, señalar que la forma en que los autores han comunicado sus resultados parece un tanto confusa y poco sistemática.

García-Pérez y Valdivia-Salas (2018) hicieron una revisión sobre la eficacia de la ACT en el TAS incluyendo ocho estudios, de los cuales tres mostraron que la ACT reducía los síntomas de la ansiedad social y en cinco ensayos controlados la ACT se mostraba igual de eficaz que la TCC en el postratamiento y el seguimiento.

Los programas basados en la atención plena y la aceptación se han propuesto como tratamientos independientes plausibles, pero también como componentes aditivos dentro de un tratamiento con enfoque cognitivo conductual. Esto último constituye un planteamiento interesante en cuanto proporciona nuevas vías de tratamiento de los factores de mantenimiento del trastorno.

No quisiéramos terminar esta revisión sobre la eficacia de los tratamientos para la ansiedad social sin comentar, brevemente, la opción de la terapia farmacológica. Esta opción se recomienda cuando el paciente presenta síntomas de ansiedad de moderados a graves (Keeton y Crosby Budinger, 2012) o cuando la persona no quiere llevar a cabo un tratamiento psicológico. Hay estudios que indican que los efectos de los psicofármacos en el TAS van de pequeños a medianos y aunque la reducción de los síntomas tiene efectos sobre la calidad de vida, se requerirían estudios para evaluar los mecanismos de acción de la farmacoterapia y establecer si hay o no realmente diferencias entre las distintas clases de psicofármacos (Davis, Smits y Hofmann, 2014). Curtiss, Andrews, Davis, Smits y Hofmann (2017) revisaron 52 ensayos y encontraron un tamaño del efecto de pequeño a grande en la eficacia de los psicofármacos sobre los síntomas de la ansiedad social (g de Hedges= 0,41) en comparación con el placebo. Según las clases de psicofármacos, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) fueron los más eficaces ($g= 0,44$ IC 95% [0,37-0,51] y $g= 0,36$, IC 95% [0,21-0,51], respectivamente).

Williams *et al.* (2020) llevaron a cabo un metaanálisis con 67 ensayos aleatorizados y sus resultados indican que los ISRS tuvieron una mejor respuesta al tratamiento comparados con el placebo. La paroxetina, en concreto, fue la más eficaz en la reducción de la gravedad de los síntomas comparada con el placebo y, por este motivo, la recomiendan como primera línea de tratamiento para el TAS, así como, en general, los ISRS. No obstante, estos resultados se basan en pruebas consideradas de baja calidad.

Teniendo claro el estado de la cuestión de los tratamientos existentes para el TAS y las demostradas pruebas sobre su eficacia, queda una última cuestión por abordar: la naturaleza *multidimensional* de la ansiedad social. La infrecuente consideración de este aspecto resulta sorprendente, especialmente dada la amplia evidencia empírica que la apoya. Basta con revisar la literatura sobre la evaluación del trastorno, particularmente los estudios sobre los diversos instrumentos de autoinforme (cuestionarios, escalas, inventarios) empleados para medir el TAS. Este ha sido un largo camino si tenemos en cuenta que, desde que se analizaron las

propiedades psicométricas de los primeros inventarios para evaluar este trastorno (en los años 70), los datos empíricos han señalado en la dirección de que la ansiedad social no es un constructo unidimensional, sino que apuntan a la multidimensionalidad del constructo (véase Caballo, Salazar, Irurtia, Arias, & Nobre, 2013).

Durante años, Caballo y sus colegas estuvieron trabajando en la construcción de una nueva medida de evaluación de la ansiedad social y, de manera empírica, lograron diseñar, analizar y comprobar las propiedades psicométricas del "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO) (Caballo *et al.*, 2008, 2012, 2013, 2015; Caballo, Salazar, Arias, *et al.*, 2010; Caballo, Salazar, Irurtia, *et al.*, 2010). El CASO evalúa cinco dimensiones de la ansiedad social: 1) Interacción con desconocidos, 2) Interacción con el sexo opuesto, 3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, 4) Quedar en evidencia o en ridículo y 5) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad. Este cuestionario, a diferencia de la mayoría de los más empleados en este campo a nivel internacional, fue creado a partir de las situaciones temidas tanto por individuos de la población general como por población clínica con TAS y fue mejorado utilizando la combinación de análisis estadísticos y del juicio crítico de expertos en el área. Además de proporcionar puntuaciones de las diferentes dimensiones de la ansiedad social, el CASO también proporciona una puntuación global de su gravedad y es sensible a las diferencias individuales entre hombres y mujeres (Caballo *et al.*, 2014).

Los hallazgos obtenidos con la investigación sobre el CASO pusieron también de relieve la importancia de contar con un tratamiento que atendiera a la multidimensionalidad de la ansiedad social. Estudios sobre terapia cognitiva han mostrado cómo la inclusión de algunos componentes específicos (p. ej., entrenamiento de la atención, reescritura de imágenes [*imagery rescripting*], retroalimentación con vídeo para corregir imágenes negativas) han mejorado los resultados de las intervenciones (p. ej., Ahn y Kwon, 2018; Alden, Buhr, Robichaud, Trew y Plasencia, 2018; Schreiber, Heimlich, Schweitzer y Stangier, 2015; Warnock-Parkes *et al.*, 2017). Teniendo en cuenta estos antecedentes sobre cómo mejorar los tratamientos existentes y la consideración de la ansiedad social como un problema psicológico que puede ser de amplio espectro, nos propusimos probar si intervenir de forma directa sobre las cinco dimensiones de la ansiedad social convertirían este nuevo tratamiento cognitivo conductual en grupo en una alternativa eficaz con mejores resultados que los tratamientos habituales para el TAS.

Este nuevo tratamiento suponía importantes retos, pues debía abarcar las distintas dimensiones de la ansiedad social, intervenir sobre los factores de mantenimiento del trastorno e integrar las técnicas tradicionales de la TCC que presentan un mayor respaldo empírico (p. ej., la exposición, la reestructuración cognitiva, las habilidades sociales) con aquellas más vinculadas a las terapias de tercera generación y que también han demostrado su eficacia en los problemas de ansiedad social (p. ej., la atención plena, la desvinculación de los pensamientos, la aceptación). Este nuevo protocolo se materializó en el *programa de Intervención multidimensional para la ansiedad social* (IMAS; Caballo, Salazar, & Garrido, 2018; Caballo, Salazar, Garrido, Irurtia y Hofmann, 2018) y el propósito de este trabajo ha sido comprobar la eficacia de dicho programa. Así, el objetivo principal de esta

investigación fue determinar si esta nueva intervención fue eficaz y si la mejoría de los síntomas se mantenía a los seis meses de haber finalizado la intervención. Un objetivo secundario de este estudio fue comparar el programa IMAS con otros tratamientos habituales para el TAS. Uno de los tratamientos a comparar fue una forma de TCC (debido a que es el tratamiento psicológico de elección con un fuerte apoyo empírico) y el otro tratamiento fue la terapia farmacológica.

Método

Participantes

Participaron en este estudio 85 pacientes con un trastorno de ansiedad social de 5 países diferentes. No obstante, por circunstancias diversas, no conseguimos datos postratamiento de dos países y de 28 sujetos en total. Por lo tanto, sólo incluiremos en la investigación los países y pacientes de los que disponemos datos pre/postratamiento (y en algunos casos, también seguimiento). Estos participantes fueron 57 personas (24 hombres y 35 mujeres) diagnosticadas con trastorno de ansiedad social (TAS) o fobia social como su problema principal, según los criterios del DSM-5 (*American Psychiatric Association [APA], 2013*). De ellas, 20 eran de Ecuador (7 hombres y 13 mujeres), 25 de Paraguay (12 hombres y 13 mujeres) y 14 de España (5 hombres y 9 mujeres). La edad media de los pacientes era de 25,51 años ($DT= 8,15$), con un rango de 18 a 57 años, siendo de 25,91 años ($DT= 8,39$) para hombres y 25,23 años ($DT= 8,10$) para mujeres. De los participantes, 25 tenían estudios de secundaria, 7 estudios técnicos o de formación profesional, 21 estudios universitarios y 4 estudios de posgrado. Con respecto a la ocupación actual, 33 estaban estudiando, 17 eran trabajadores en activo y había 7 personas en paro. Sobre la distribución de los pacientes por tipo de tratamiento, 45 sujetos siguieron el tratamiento IMAS, 7 participaron en un grupo de terapia cognitivo conductual (TCC) individual y 5 recibieron tratamiento farmacológico individual.

Instrumentos

Las medidas de evaluación fueron las mismas para todos los participantes en el estudio. Se siguió un protocolo de evaluación que incluía una entrevista semiestructurada y una batería de cuestionarios, aunque a continuación se describen los instrumentos empleados para evaluar características relativas a la ansiedad social:

- a) "Entrevista clínica semiestructurada para la ansiedad social" (ECSAS) (Salazar y Caballo, 2018). Este instrumento permite hacer una evaluación detallada del TAS (y tener un cierto conocimiento de otros problemas psicológicos y médicos, así como del consumo de drogas). La duración de la entrevista es de una hora y media aproximadamente. El instrumento tiene el valor añadido de que puede emplearse como entrevista diagnóstica, dado que incluye preguntas que permiten identificar cuáles de los criterios diagnósticos para el TAS, según el DSM-5 (APA, 2013), cumplen los pacientes. La ECSAS está formada por 11 apartados generales y cinco secciones específicas para evaluar las cinco dimensiones de la ansiedad social (Caballo *et al.*, 2012, 2015; Caballo, Salazar,

- Arias, et al., 2010): 1) Interacción con desconocidos, 2) Interacción con el sexo opuesto, 3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, 4) Quedar en evidencia o en ridículo, y 5) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad. En cada dimensión se comienza con unas preguntas de cribado que permiten explorar si la persona presenta temor, ansiedad, nerviosismo o vergüenza al afrontar situaciones características de la dimensión social correspondiente o si la ansiedad le impide enfrentarse a esas situaciones de manera apropiada. Tras estas preguntas, el entrevistador tiene la posibilidad de indicar (poniendo un aspa en un círculo) si el paciente cumple con el primer criterio diagnóstico del DSM-5 (APA, 2013). Si la persona cumple con él, se continúa obteniendo la información necesaria para realizar la caracterización clínica de la ansiedad en cada dimensión. Entre otras informaciones, se obtienen datos cuantitativos (de 0 a 10) sobre cuatro facetas: a) *nivel de ansiedad*, b) *frecuencia de las conductas de evitación o escape*, c) *nivel de malestar*, y d) *nivel de interferencia*. A nivel clínico, las puntuaciones iguales o superiores a 7 en cada faceta se consideran problemáticas. En este estudio, se han sumado las puntuaciones de las cuatro facetas para tener una idea global de la gravedad del problema en cada dimensión. Así, una puntuación igual o mayor a 28 indicaría problemas graves en la dimensión correspondiente. En la quinta dimensión (sumando la Exposición en público y la Interacción con personas de autoridad), la puntuación de referencia sería 56.
- b) "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO; Caballo, Salazar, Irurtia, Arias y Equipo de Investigación CISO-A, 2010). Este instrumento fue desarrollado para evaluar la ansiedad social en España, Portugal y la mayoría de los países iberoamericanos. El cuestionario consta de 30 ítems que se contestan utilizando una escala Likert de cinco puntos (de 1= "Nada o muy poco" a 5= "Mucho o muchísimo"), indicando el grado de malestar, tensión o nerviosismo que se experimenta en cada situación social. Los ítems están agrupados en cinco dimensiones (o subescalas): 1) Interacción con desconocidos, 2) Interacción con el sexo opuesto, 3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, 4) Quedar en evidencia o en ridículo, y 5) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad. A mayor puntuación mayor ansiedad social, tanto en las distintas dimensiones como en la puntuación total. Estas dimensiones han sido obtenidas empíricamente con más de 30.000 participantes, más de 1000 pacientes y la participación de 18 países. Las propiedades psicométricas del instrumento pueden encontrarse en Caballo et al. (2012, 2015) y Caballo, Salazar, Arias, et al. (2010). La consistencia interna (alfa de Cronbach) para la puntuación total del CASO ha ido de 0,88 hasta 0,93 y la de las dimensiones ha ido desde 0,74 hasta 0,90. Se han hallado también puntos de corte para hombres y para mujeres, tanto para las cinco dimensiones como para la puntuación total (Caballo et al., 2012). Estos puntos de corte son: Dimensión 1) 17 para hombres y 18 para mujeres; Dimensión 2) 20 tanto para hombres como para mujeres; Dimensión 3) 21 para hombres y 19 para mujeres; Dimensión 4) 19 para hombres y 21 para mujeres, y Dimensión 5) 19 para hombres y 23 para mujeres. Para la puntuación total, el punto de corte es de 92 para hombres y 97 para mujeres.

- c) “Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme” (*Liebowitz Social Anxiety Scale, Self-Report, LSAS-SR*; Liebowitz, 1987). Este instrumento consta de 24 ítems que evalúan el temor o ansiedad (subescala de Ansiedad), por una parte, y la evitación (subescala de Evitación), por la otra, de situaciones sociales específicas. A los sujetos se les pide que puntúen su temor o ansiedad en una escala tipo Likert que va desde 0 (ninguna) hasta 3 (grave) al igual que la evitación sobre el mismo tipo de escala, desde 0 (nunca) hasta 3 (habitualmente). La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de la subescala de Ansiedad y la de Evitación. A mayor puntuación, mayor ansiedad o evitación o ambas. La consistencia interna (alfa de Cronbach) encontrada de la LSAS-SR total ha ido de 0,93 hasta 0,95 y la de las subescalas ha ido desde 0,83 hasta 0,93 (Caballo *et al.*, 2013, 2015; Caballo, Salazar, Arias, *et al.*, 2019; González *et al.*, 1998; Terra *et al.*, 2006). El punto de corte sugerido para identificar un sujeto con elevada ansiedad social es de 60 (Rytwinski *et al.*, 2009), aunque esa puntuación ha sido considerada excesivamente baja por algunos estudios (p. ej., Caballo *et al.*, 2012) y algunos autores lo han elevaron a 82, especialmente para participantes latinos (Terra *et al.*, 2006).

Procedimiento

Se difundió a través de redes sociales profesionales el desarrollo del programa “Intervención multidimensional para la ansiedad social” (IMAS) y se contactó con algunos colaboradores de nuestro equipo en Latinoamérica con respecto a la posibilidad de aplicar el programa en sus países. Se les planteó la posibilidad de llevar a cabo el programa IMAS u otro que estuvieran aplicando actualmente en sus centros clínicos. Respondieron colaboradores de diferentes países, pero, para los que optaron por la aplicación del programa IMAS, tuvimos que limitar la participación sólo a aquellos que pudieran costearse la aplicación del programa, concretamente la adquisición de los libros del paciente.

Los psicólogos participantes que iban a aplicar el programa IMAS recibieron un ejemplar del libro del terapeuta y varios ejemplares del libro del paciente (dependiendo del número de participantes en cada grupo de tratamiento IMAS). Igualmente, todos los terapeutas (tanto los que aplicaban el programa IMAS como los que utilizaban otro tipo de tratamiento) recibieron por correo electrónico un protocolo establecido para el proceso de evaluación y se incluyó una copia de la ECSAS (entrevista) así como otra de los cuestionarios a aplicar antes y después del tratamiento (véase sección de “Instrumentos”). Asimismo, recibieron una base de datos en Excel para incluir los datos relativos a la entrevista y los cuestionarios. Esa misma base de datos permitía obtener, de forma automática, las puntuaciones e interpretaciones de los resultados de los cuestionarios. A los 6 meses de seguimiento se pasaron de nuevo los cuestionarios utilizados en el pre/postratamiento.

Se difundió por los medios a disposición de cada terapeuta (correo electrónico, redes sociales, carteles en las universidades, programas de radio) el ofrecimiento a participar en el programa IMAS o en el grupo TCC individual, mientras que los pacientes del grupo de tratamiento farmacológico se consiguieron en el hospital donde trabajaban los profesionales que lo aplicaron. En todos los casos se utilizó la

entrevista (con la ayuda de los cuestionarios) para seleccionar a los pacientes que participarían en los grupos de tratamiento. Los sujetos que acudieron voluntariamente para el tratamiento de la ansiedad social debían tener el diagnóstico de trastorno de ansiedad social (TAS) o fobia social como su problema principal. Además, trastornos comórbidos excluyentes eran el tener un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, un trastorno bipolar, un trastorno límite de la personalidad o un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. El máximo número de personas permitidas por grupo era de 10 pacientes y la edad mínima para participar era de 18 años, sin límite superior. Se animaba que hubiera pacientes de ambos sexos, aunque no era un requisito para formar el grupo. Todos los participantes en este estudio fueron pacientes que acudieron voluntariamente a tratamiento y que el único beneficio que pretendían lograr era mejorar su problema de ansiedad social. No hubo pagos por participar en la investigación.

GRUPOS DE TRATAMIENTO

Aunque el objetivo principal del estudio era comprobar la eficacia del nuevo programa IMAS para el tratamiento de la ansiedad social, decidimos incluir otros tratamientos que abordasen también la intervención en ansiedad social, a pesar de las limitaciones que impuso el escaso tiempo de la convocatoria que hicimos. Así, conseguimos cinco grupos que aplicaron el IMAS (dos en Ecuador, dos en Paraguay y uno en España), un grupo que utilizó la TCC (Paraguay) y un grupo de terapia farmacológica (España). Ambos grupos de tratamiento de comparación estaban compuestos de pacientes con tratamiento individual, pero los consideramos a todos como un solo grupo.

El *grupo IMAS* recibió una intervención psicológica desarrollada recientemente (Caballo, Salazar y Garrido, 2018; Caballo, Salazar, Garrido, *et al.*, 2018) y es la primera vez que se evalúan los resultados de su aplicación en pacientes con ansiedad social. En el siguiente apartado se especifican algunas características de dicho programa.

El *grupo de la TCC individual* fue aplicado por una psicóloga con experiencia clínica, siguiendo el modelo de Hofmann (2007) y Hofmann y Otto (2008). Los componentes de este tratamiento fueron: 1) psicoeducación sobre el trastorno, 2) modificación de la atención y de la situación, 3) reestructuración cognitiva y 4) exposición y aceptación (aceptación incondicional de la realidad). Además, se añadió un componente del protocolo de Clark y Wells (1995) referido a la modificación del procesamiento problemático anterior y posterior al evento. La media de sesiones fue de 16 (4 meses), con una duración de 50 minutos cada una y con una frecuencia semanal. Se hicieron cuatro sesiones de seguimiento cada dos semanas. En dos casos, fueron necesarias cinco sesiones adicionales de seguimiento (una al mes).

El *grupo de terapia farmacológica* fue aplicado por psiquiatras en un hospital público de España y se utilizó una combinación de psicofármacos. Todos los pacientes, excepto uno, estaban tomando previamente algún tipo de psicofármaco. Se realizó la evaluación inicial al comienzo del tratamiento farmacológico específico para la ansiedad social y la segunda evaluación se realizó a los 4,8 meses de media

de la primera evaluación. Los pacientes continuaron tomando los fármacos y entre las medidas 1 y 2 hubo modificaciones de los tratamientos farmacológicos. A continuación, se resumen las combinaciones farmacológicas realizadas.

- Tres pacientes con antidepresivo de acción multimodal (p. ej., vortioxetina 5 mg) con benzodiacepinas (p. ej., lorazepam 1 mg o trunkimazin 0,5 mg) o con inhibidor selectivo de recaptación de la serotonina (ISRS) (p. ej., fluoxetina 20 mg) o con anticonvulsivante (p. ej., gabapentina 300 mg).
- Dos pacientes con ISRS (p. ej., paroxetina 20 mg) con benzodiacepinas (alprazolam 0,5 mg o lorazepam 1 mg) o anticonvulsivante (p. ej., gabapentina 300 mg).

ESQUEMA DEL PROGRAMA IMAS

El programa *Intervención multidimensional para la ansiedad social* (IMAS) está planteado en formato de intervención grupal (aunque también podría seguirse en un formato individual con algunas modificaciones), con un número mínimo de 4 y máximo de 10 pacientes, procurando una representación de ambos sexos. El programa cuenta con dos sesiones individuales de evaluación (antes del tratamiento), 15 sesiones (con una periodicidad semanal y dos horas y media de duración cada sesión) de tratamiento en grupo y dos sesiones de evaluación (una en grupo y otra individual) inmediatamente después de finalizar la intervención. Además, se favorece que haya una sesión de apoyo (a los tres meses) y dos sesiones de seguimiento (una a los seis y otra a los 12 meses).

Las sesiones constan de ocho componentes básicos: psicoeducación, educación en valores, entrenamiento en aceptación, entrenamiento en atención plena (*mindfulness*), reestructuración y desvinculación de los pensamientos (*defusion*), entrenamiento en habilidades sociales, exposición y tareas para casa. Los componentes se desarrollan mediante instrucciones, ensayos grupales, autoexposición, autorretroalimentación y retroalimentación grupal, ejercicios dentro y fuera de cada sesión, material de psicoeducación y tareas para casa.

Para que se pueda llevar a cabo el programa, el psicólogo dispone de un *Libro del terapeuta* y cada participante necesita un *Libro del paciente* para poder seguir dicho programa. En esos libros se describe cada sesión paso a paso, con toda la información que el paciente necesita conocer y todos los ejercicios que debe practicar, tanto dentro de la sesión como fuera de ella. Es un programa cerrado y completo, que no necesita de información adicional que no esté contenida en los dos libros de que consta el programa IMAS. Para conocer más en profundidad sobre el mismo se puede consultar un resumen en Caballo, Salazar y Hofmann (2019) o las guías propiamente dichas, tanto para el terapeuta (Caballo, Salazar, Garrido, et al., 2018) como para el paciente (Caballo, Salazar y Garrido, 2018).

Análisis de datos

Para comparar las diferencias entre las puntuaciones pretratamiento, postratamiento y seguimiento utilizamos la *t* de Student, una vez comprobado el cumplimiento del supuesto de normalidad (*W* de Shapiro-Wilk) y de suficiente

homogeneidad de varianzas en la mayoría de las variables relevantes. Adicionalmente, estimamos los mismos modelos en su versión no paramétrica (prueba de rangos de Wilcoxon) al objeto de verificar que ambos procedimientos llegaran a las mismas conclusiones.

En segundo lugar, exploramos posibles efectos de interacción por sexo en las puntuaciones del CASO. Para ello, empleamos tanto la exploración visual de los gráficos de diferencias de medias como modelos de trayectorias (*path models*) con un término de interacción (Hayes, 2017).

Por último, comparamos los resultados del grupo IMAS con los otros dos grupos de tratamiento empleando la U de Man-Whitney para el contraste de medias. Dado el pequeño tamaño muestral de los grupos de TCC individual y de terapia farmacológica, estos resultados han de interpretarse como tentativos.

Para hallar la magnitud del efecto de las diferencias pre/postratamiento y postratamiento/seguimiento en el grupo IMAS utilizamos la *d* de Cohen, mientras que para hallar la magnitud del efecto en esas mismas diferencias en los grupos de TCC individual y de terapia farmacológica, así como en las comparaciones entre grupos, utilizamos la correlación de rango biserial (*r*). Las fórmulas empleadas para el cálculo de los tamaños del efecto fueron:

$$d = \frac{M_{pos} - M_{pre}}{(DT_{pos} + DT_{pre})/2} ; r = Z/\sqrt{N}$$

La *d* de Cohen se interpretó considerando que valores entre 0,20 y 0,49 eran pequeños, entre 0,50 y 0,79 eran medianos y de 0,80 en adelante eran grandes. La *r* se interpretó considerando que valores entre 0,10 y 0,29 eran pequeños, entre 0,30 y 0,49 eran medianos y de 0,50 en adelante eran grandes.

Resultados

Diferencias pre/postratamiento en el grupo IMAS

Con respecto a las diferencias en las puntuaciones pre/postratamiento de los distintos instrumentos de evaluación utilizados, los resultados concuerdan totalmente tanto si utilizamos pruebas paramétricas como no paramétricas, con niveles de significación (*p*) y magnitudes del efecto consistentes. Aunque hasta cierto punto la utilización de ambos tipos de estadística parece redundante, queríamos estar seguros de la solidez de las diferencias encontradas, especialmente porque el tamaño de la muestra no es muy grande.

DIFERENCIAS EN ANSIEDAD SOCIAL EVALUADA POR EL CASO

La tabla 1 muestra los resultados del contraste de medias en las puntuaciones del CASO para el grupo completo (*N*= 45). En todos los casos, las puntuaciones postratamiento resultaron significativamente menores ($p < 0,0001$), con tamaños del efecto grandes (entre 1,36 en la dimensión "Interacción con el sexo opuesto" hasta

1,97 en las dimensiones “Interacción con desconocidos” y “Quedar en evidencia o en ridículo”).

Tabla 1

Diferencias pre/posttratamiento del grupo IMAS ($N= 45$) en el “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO)

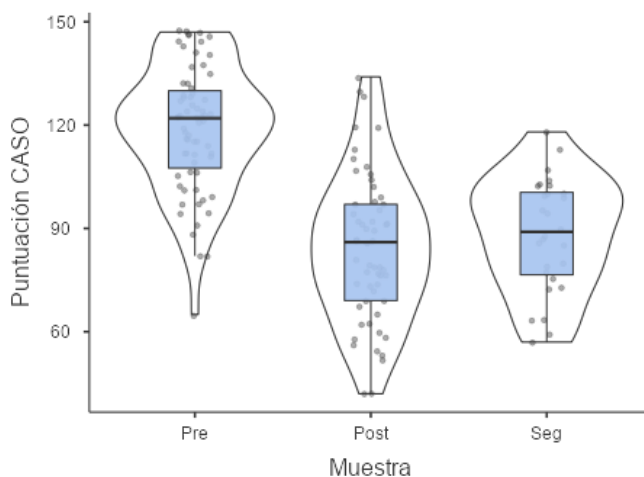
CASO y sus dimensiones	Pretratamiento		Postratamiento		Difer	t	d de Cohen	IC 95%	
	M	DT	M	DT				Inf.	Sup.
1. Interacción desconocidos	23,84	4,51	15,02	4,44	8,82	10,47	1,97	1.25	2.68
2. Interacción sexo opuesto	24,80	5,77	17,38	5,13	7,42	8,72	1,36	0.70	2.00
3. Expresión asertiva	22,89	4,80	15,60	4,36	7,29	9,02	1,59	0.91	2.26
4. Quedar en evidencia	23,87	3,47	15,67	4,76	8,20	10,47	1,97	1.24	2.68
5. Hab. públic/ Inter. autor.	24,31	4,69	16,18	4,81	8,13	9,86	1,71	1.01	2.39
Total	119,71	18,99	79,84	20,89	39,87	11,23	2,00	1.27	2.71

Notas: CASO= Cuestionario de ansiedad social para adultos; Difer= Diferencia de medias entre el pre y el postratamiento. Todas las diferencias de medias fueron significativas ($p < 0,0001$).

La figura 1 muestra las funciones de densidad, gráficos de cajas y dispersión de las puntuaciones totales del CASO, antes, inmediatamente después y a los seis meses de finalizar el tratamiento.

Figura 1

Distribución de las puntuaciones CASO antes, después y a los seis meses (seguimiento) del tratamiento



Dado que el CASO tiene puntos de corte diferentes para hombres y mujeres en la mayoría de las dimensiones, hicimos análisis separados por sexo. En la tabla 2 se presentan las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en el CASO de hombres y mujeres antes y después haber terminado el tratamiento con el programa IMAS. El número de hombres con medidas pretratamiento era de 17 y el de mujeres de 28. No había diferencias significativas entre ellos en las puntuaciones pretratamiento en ninguna de las dimensiones del CASO ni en la puntuación global del mismo. Este mismo número de hombres y mujeres respondieron a las medidas postratamiento.

Todas las diferencias pre/postratamiento son estadísticamente significativas, con una ansiedad social en el postratamiento notablemente inferior a las puntuaciones obtenidas antes del tratamiento. Estos resultados eran respaldados tanto en análisis con la *t* de Student (hombres [$p < 0,001$]; mujeres [$p < 0,001$]) como con la prueba de rangos de Wilcoxon (hombres [$p < 0,01$]; mujeres [$p < 0,01$]). Mientras que en la evaluación pretratamiento las medias de todas las dimensiones y la puntuación total del CASO se situaban por encima del punto de corte, en la evaluación postratamiento todas esas puntuaciones habían caído, de forma importante, por debajo del punto de corte tanto en mujeres como en hombres.

Quisimos también hallar la magnitud o el tamaño del efecto de las diferencias pre/postratamiento para averiguar hasta qué punto el programa IMAS había sido eficaz para disminuir el nivel de ansiedad social de los participantes (tabla 2). En todas las dimensiones y en la puntuación total, el tamaño del efecto fue grande ($d > 0,8$), siendo habitualmente superior a 1,3 (muy grande) y llegando incluso a ser superior a 2 en algunas dimensiones y en la puntuación total (mujeres). Los análisis no paramétricos dieron resultados análogos, con magnitudes del efecto grandes en todos los casos ($r > 0,50$).

Tabla 2

Diferencias pre/postratamiento en hombres ($n=17$) y en mujeres ($n=28$) del grupo IMAS en el "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO)

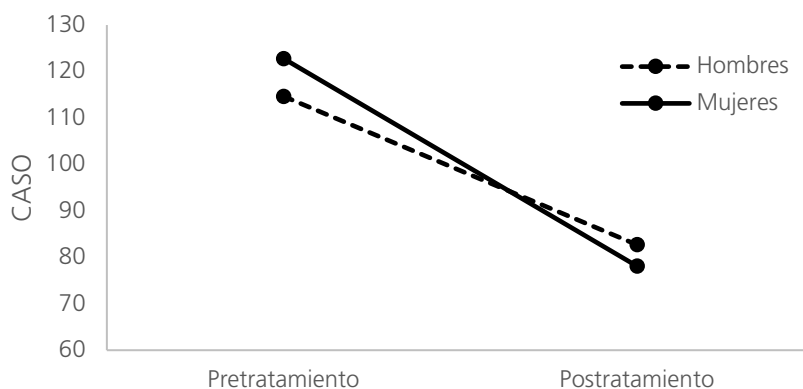
CASO y sus dimensiones	Sexo	Pretratamiento		Postratamiento		Difer	<i>t</i>	<i>d</i> de Cohen
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
1. Interacción desconocidos	Hombres	24,76	3,15	16,41	4,34	8,35	6,57	2,20
	Mujeres	23,28	5,14	14,18	4,35	9,11	8,09	1,91
2. Interacción sexo opuesto	Hombres	23,53	6,56	17,94	5,88	5,59	4,35*	0,90
	Mujeres	25,57	5,21	17,03	4,70	8,53	7,85	1,72
3. Expresión asertiva	Hombres	21,12	4,66	15,70	3,35	5,42	4,35*	1,33
	Mujeres	23,96	4,64	15,53	4,93	7,69	8,31	1,76
4. Quedar en evidencia	Hombres	22,82	2,45	16,06	4,44	6,76	6,30	1,88
	Mujeres	24,50	3,86	15,43	5,01	9,07	8,59	2,03
5. Hab. públic/ Inter. autoridad	Hombres	22,41	4,40	16,59	5,11	5,82	5,33	1,22
	Mujeres	25,46	4,56	15,93	4,69	9,53	8,85	2,06
Total	Hombres	114,65	17,57	82,70	20,84	31,95	6,51	1,66
	Mujeres	122,78	19,47	78,11	21,11	44,68	9,51	2,20

Notas: CASO= Cuestionario de ansiedad social para adultos; Difer= diferencia de medias entre el pre y el postratamiento. Todas las medias en el postratamiento se encontraban por debajo del punto de corte. Todas las diferencias de medias fueron significativas ($p < 0,0001$) excepto en * $p < 0,001$.

Si bien los resultados por sexo fueron consistentes con los del grupo completo (tabla 1), se observaron diferencias en el tamaño del efecto entre hombres y mujeres, de magnitud variable, dependiendo de la dimensión analizada. Sin embargo, tras estimar los modelos de trayectorias (*path models*) de interacción en todas las dimensiones, los coeficientes de regresión del término de interacción resultaron en todos los casos no significativos ($p > 0,05$). Como ejemplo, la figura 2 muestra las medias de la puntuación general del CASO en hombres y mujeres, antes y después del tratamiento. Aparentemente se da un ligero efecto de interacción que, sin embargo, resulta no significativo ($\lambda = -0,26$; $p = 0,53$).

Figura 2

Medias de las puntuaciones en el CASO según el sexo antes y después del tratamiento



DIFERENCIAS EN ANSIEDAD SOCIAL EVALUADA POR LA LSAS-SR

Analizamos también las diferencias pre/postratamiento en ansiedad social a través de la LSAS-SR. Dado que este cuestionario no tiene puntos de corte diferentes para hombres y mujeres, consideramos la muestra de participantes en su conjunto ($N = 44$, más un sujeto que no contestó a todos los ítems). En la tabla 3 se pueden ver esos resultados. Las diferencias pre/postratamiento son altamente significativas en todos los casos, con una ansiedad social en el postratamiento notablemente inferior a la evaluada antes del tratamiento. Estos resultados se daban tanto en análisis con la *t* de Student como con la prueba de rangos de Wilcoxon ($p < 0,0001$ en todos los casos). Estimamos también el tamaño del efecto con la *d* de Cohen y encontramos que en todas las dimensiones y en la puntuación total, el tamaño del efecto fue grande ($d > 0,8$). Aunque, como ya dijimos, se ha propuesto un punto de corte de 60 para esta escala (Rytwinski *et al.*, 2009), hay autores que han considerado que esa puntuación es demasiado baja, al menos con población latina (p. ej., Caballo *et al.*, 2012; Terra *et al.*, 2006). Estos últimos autores han propuesto que un punto de corte de 82 sería más cercano a la realidad. En cualquier caso, la puntuación postratamiento en la LSAS-SR del grupo IMAS fue inferior a 60.

Tabla 3

Diferencias pre/postratamiento del grupo IMAS (N= 44) en la "Escala de ansiedad social de Liebowitz – versión de autoinforme" (LSAS-SR)

LSAS-SR y subescalas	Pretratamiento		Postratamiento		Difer	t	d de Cohen	IC 95%	
	M	DT	M	DT				Inf.	Sup.
Ansiedad	46,27	12,82	32,52	15,17	13,75	6,43	0,98	0,38	1,62
Evitación	41,89	14,05	25,41	10,64	16,48	8,31	1,32	0,69	1,99
Total	88,16	26,16	57,93	24,57	30,23	7,88	1,19	0,57	1,85

Nota: LSAS-SR= Escala de ansiedad social de Liebowitz – versión de autoinforme (*Liebowitz Social Anxiety Scale – Self Report version*); Difer= diferencias de medias entre el pre y el postratamiento. Todas las diferencias de medias fueron significativas ($p < 0,0001$).

DIFERENCIAS EN ANSIEDAD SOCIAL EVALUADA POR LA ENTREVISTA (ECSAS)

La ECSAS evalúa, entre otras variables, las cinco dimensiones de la ansiedad social, centrándose en cuatro facetas de cada una de las dimensiones, es decir, nivel de ansiedad, de malestar, de evitación y de interferencia, siendo 10 la puntuación máxima y 0 la mínima. En la tabla 4 se observa que las puntuaciones medias de las cuatro facetas de cada dimensión eran ≥ 7 (punto de corte establecido a nivel clínico), excepto en la subdimensión de *Interacción con personas de autoridad* que estuvo cercano al 7, y la media global para cada dimensión (obtenido a partir de la suma de las cuatro facetas) era superior a 28. Luego, en el postratamiento todas las medias disminuyeron considerablemente y todas las facetas se situaron por debajo de 7 (incluso por debajo de 5, excepto la faceta de "Ansiedad" de la subdimensión *Hablar en público*) y las medias del nivel de gravedad global para las dimensiones no llegaban a 20 (el punto de corte era 28). Los análisis estadísticos confirman que las diferencias pre/postratamiento encontradas fueron altamente significativas en todas las dimensiones y en todas las facetas de cada dimensión, con una ansiedad social en el postratamiento notablemente inferior a la evaluada antes del tratamiento. Estos resultados se daban tanto en análisis con la *t* de Student como con la prueba de rangos de Wilcoxon ($p < 0,001$ en todos los casos). Estimamos también el tamaño del efecto, que fue grande en todas las dimensiones y sus facetas ($d > 0,8$), siendo superior a 1,3 (muy grande) en la mayoría de los casos y superior a 2 en algunas dimensiones y facetas y en la puntuación total de la entrevista.

Diferencias postratamiento/seguimiento en el grupo IMAS

Parte de los pacientes del estudio pudieron participar en las medidas de seguimiento a los 6 meses de haber terminado el tratamiento. El número de hombres con medidas de seguimiento fue de 10 y el de mujeres de 15. No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en las puntuaciones de seguimiento. Los participantes de Ecuador no tuvieron medidas de seguimiento.

Tabla 4

Diferencias pre/postratamiento ($N= 44$) en el grupo IMAS en las cinco dimensiones de la ansiedad social evaluadas con la "Entrevista semiestructurada para la ansiedad social" (ECSAS)

Dimensiones de la ECSAS	Facetas	Pretratamiento		Postratamiento		Difer	t	d de Cohen
		M	DT	M	DT			
1. Interacción desconocidos	Ansiedad	7,09	1,79	4,09	1,90	3,00	8,72	1,62
	Evitación	7,34	2,16	4,09	1,90	3,25	8,38	1,54
	Malestar	7,23	1,96	3,98	1,99	3,25	8,27	1,64
	Interferencia	7,77	2,02	4,25	2,24	3,52	9,56	1,65
	Total	29,43	6,52	16,68	6,84	12,75	10,2	1,91
2. Interacción sexo opuesto	Ansiedad	8,44	1,20	4,60	2,25	3,84	11,4	2,13
	Evitación	8,30	1,96	4,60	2,25	3,70	9,58	1,73
	Malestar	8,21	1,74	4,12	1,97	4,09	10,8	2,20
	Interferencia	7,98	1,82	4,39	2,4	3,58	8,55	1,68
	Total	32,93	5,31	17,42	8,50	15,51	11,8	2,15
3. Expresión asertiva de molestia	Ansiedad	7,98	1,64	4,51	1,99	3,47	9,26	1,90
	Evitación	7,82	2,11	4,18	2,01	3,64	8,79	1,77
	Malestar	7,71	1,63	3,93	2,12	3,78	11,10	2,00
	Interferencia	7,84	1,87	3,73	2,17	4,11	10,40	2,03
	Total	31,35	6,13	16,35	7,82	15,00	10,90	2,13
4. Quedar en evidencia o en ridículo	Ansiedad	8,35	1,67	4,80	1,89	3,55	10,30	1,99
	Evitación	7,93	1,99	4,44	2,52	3,49	8,26	1,54
	Malestar	8,07	1,85	4,60	2,26	3,47	8,25	1,68
	Interferencia	7,24	2,28	4,40	2,39	2,84	6,56	1,21
	Total	31,60	6,38	18,24	8,44	13,35	9,32	1,78
5a. Hablar en público	Ansiedad	8,02	2,54	5,89	1,94	2,13	5,12	0,94
	Evitación	7,78	2,66	4,35	2,44	3,42	7,02	1,34
	Malestar	8,11	2,07	4,75	2,14	3,35	8,21	1,59
	Interferencia	7,35	2,40	4,62	2,10	2,73	6,42	1,21
	Total	31,27	8,67	19,62	7,67	11,64	7,64	1,42
5b. Interacción con personas de autoridad	Ansiedad	6,57	2,82	4,59	2,18	1,98	4,54	0,78
	Evitación	6,69	2,91	3,98	2,14	2,71	5,44	1,06
	Malestar	6,95	2,70	4,20	2,09	2,75	5,35	1,14
	Interferencia	6,75	2,65	3,87	2,21	2,89	6,19	1,18
	Total	26,89	10,01	16,82	7,73	10,07	5,99	1,13
5= 5a + 5b	Total 5ª dim.	58,14	16,86	36,75	14,28	21,39	7,49	1,37
Entrevista total	Total	185,09	30,78	105,09	38,88	80,00	12,20	2,28

Notas: ECSAS= Entrevista semiestructurada para la ansiedad social; Difer= diferencia de medias entre el pre y el postratamiento. Todas las diferencias de medias fueron significativas ($p < 0,001$). La 5ª dimensión se ha desdoblado en dos subdimensiones, 5a y 5b, aunque se incluye también la puntuación total de dicha dimensión.

DIFERENCIAS EN ANSIEDAD SOCIAL EVALUADA POR EL CASO

Uno de los objetivos del programa era averiguar si las mejoras logradas por el programa IMAS se mantenían un cierto tiempo después de terminado el mismo. Para ello se programaron evaluaciones de seguimiento a los 6 meses. La tabla 5 muestra los resultados del análisis para el grupo completo ($N= 25$). Los pacientes siguieron mejorando a los seis meses del tratamiento en todas las dimensiones del CASO y en la puntuación total, pero sólo en la dimensión *Interacción con desconocidos* la mejora fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Este resultado

fue confirmado con la prueba de rangos de Wilcoxon ($p < 0,05$). En la quinta dimensión, *Hablar en público/Interacción con figuras de autoridad* la diferencia fue significativa con la prueba de rangos de Wilcoxon ($p < 0,05$), pero no con la t de Student ($p = 0,06$).

Tabla 5

Diferencias postratamiento/seguimiento a los seis meses ($N = 25$) en el grupo IMAS en el "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO)

CASO y sus dimensiones	Postratamiento		Seguimiento		Difer	t	p	d	IC 95%	
	M	DT	M	DT					Inf.	Sup.
1. Interacción desconocidos	17,16	4,28	15,08	4,01	2,08	2,66	0,01	0,50	-0.09	1.09
2. Interacción sexo opuesto	20,00	5,07	19,44	5,57	0,56	0,56	0,58	--	--	--
3. Expresión asertiva	18,36	3,43	18,00	3,58	0,36	0,50	0,62	--	--	--
4. Quedar en evidencia	17,88	4,59	17,08	4,42	0,29	0,28	0,78	--	--	--
5. Hab. públic/ Inter. autorid	19,08	3,23	17,46	2,95	1,63	2,03	0,06	0,52	-0.07	1.11
Total	92,21	17,71	86,58	16,94	5,63	1,56	0,13	--	--	--

Notas: CASO= Cuestionario de ansiedad social para adultos; Difer= diferencia de medias entre el postratamiento y el seguimiento; $d = d$ de Cohen. En negrita la única dimensión del CASO en el que hubo diferencias significativas.

La tabla 6 muestra los resultados del mismo análisis en función del sexo. Tanto los hombres como las mujeres mejoraron en prácticamente todos los casos a los seis meses de terminado el tratamiento, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$) al compararlas con sus puntuaciones justo al terminar el tratamiento. Estos resultados se daban tanto en análisis con la t de Student como con la prueba de rangos de Wilcoxon en ambos sexos. Sólo en la dimensión *Interacción con desconocidos* la mejora de las mujeres fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$), con puntuaciones menores en la dimensión después de seis meses de terminado el tratamiento. Esta diferencia no fue refrendada por el contraste no paramétrico ($p = 0,07$). En todo caso, el tamaño de dicha diferencia fue pequeña en mujeres ($d = 0,44$).

Además, en la evaluación de seguimiento a los seis meses las medias de todas las dimensiones y la puntuación total del CASO se mantenían por debajo del punto de corte tanto en mujeres como en hombres, excepto en el caso de estos últimos en la dimensión de *Interacción con el sexo opuesto*, que puntuaban 0,20 por encima de dicho punto de corte (20), aunque su puntuación había disminuido desde el postratamiento hasta el seguimiento.

DIFERENCIAS EN ANSIEDAD SOCIAL EVALUADA POR LA LSAS-SR

Analizamos las diferencias postratamiento/seguimiento en ansiedad social a través de la LSAS-SR. En la tabla 7 se pueden ver esos resultados. Las diferencias postratamiento/seguimiento indican que los pacientes mejoraron en todos los casos a los seis meses de terminado el tratamiento y las diferencias fueron estadísticamente significativas tanto en la subescala de Ansiedad ($p > 0,01$) como en la puntuación total ($p < 0,05$) (contrastes tanto paramétricos como no paramétricos) al compararlas con sus puntuaciones justo al terminar el tratamiento. La puntuación total de seguimiento era igual que el punto de corte de 60, pero muy lejos del punto de corte de 82 propuesto por algunos autores, como ya señalamos anteriormente.

Tabla 6

Diferencias postratamiento/seguimiento en mujeres ($n = 15$) y en hombres ($n = 10$) del grupo IMAS a los seis meses en el "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO)

CASO y sus dimensiones	Sexo	Postratamiento		Seguimiento		Difer	t	p	d
		M	DT	M	DT				
1. Interacción desconocidos	Hombres	18,70	3,97	16,30	3,68	2,40	1,57	0,151	--
	Mujeres	16,13	4,29	14,27	4,13	1,87	2,17	0,048	0,44
2. Interacción sexo opuesto	Hombres	21,30	4,94	20,20 ^a	4,39	1,10	0,70	0,500	--
	Mujeres	19,13	5,14	18,93	6,33	0,20	0,15	0,884	--
3. Expresión asertiva	Hombres	17,40	2,95	17,60	3,27	-0,20	-0,22	0,832	--
	Mujeres	19,00	3,66	18,27	3,86	0,73	0,70	0,492	--
4. Quedar en evidencia	Hombres	17,80	4,66	17,60	4,65	0,20	0,16	0,878	--
	Mujeres	17,93	4,71	16,73	4,40	1,20	1,05	0,311	--
5. Hab. públic/ Inter. autorid	Hombres	19,40	3,83	17,50	3,86	1,90	1,33	0,215	--
	Mujeres	18,86	2,85	17,43	2,24	1,43	1,47	0,165	--
Total	Hombres	94,60	17,86	89,20	17,87	5,40	0,89	0,394	--
	Mujeres	90,50	18,07	84,71	16,65	5,78	1,25	0,234	--

Notas: CASO= Cuestionario de ansiedad social para adultos; Difer= Diferencias de medias entre el postratamiento y el seguimiento. Todas las medias en el seguimiento, excepto una ^(a), se encontraban por debajo del punto de corte. En negrita la condición en la que hubo diferencias significativas.

Tabla 7

Diferencias postratamiento/seguimiento del grupo IMAS ($N = 24$) en la "Escala de ansiedad social de Liebowitz – versión de autoinforme" (LSAS-SR)

LSAS-SR y subescalas	Postratamiento		Seguimiento		Difer	t	p	d	IC 95%	
	M	DT	M	DT					Inf.	Sup.
Ansiedad	41,04	14,65	32,75	11,87	8,29	3,29	0,003	0,62	0,01	1,22
Evitación	29,50	11,31	27,25	10,54	2,25	1,19	0,244	--		
Total	70,54	24,50	60,00	20,95	10,54	2,70	0,013	0,46	-0,14	1,06

Notas: LSAS-SR= Escala de ansiedad social de Liebowitz – versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale – Self Report version*); Difer= diferencias de medias entre el postratamiento y el seguimiento. En negrita las diferencias significativas.

Diferencias pre/postratamiento en el grupo TCC individual

Aunque con las consiguientes precauciones sobre estos resultados por el bajo número de sujetos del grupo TCC individual ($N= 7$), los hallazgos obtenidos para este grupo por medio de la prueba de rangos de Wilcoxon indicaban una mejora significativa de la ansiedad social en el postratamiento con respecto a las puntuaciones en el pretratamiento en todas las dimensiones del CASO ($p < 0,05$) así como de forma global ($p < 0,05$). Estas mejoras se confirmaban con la LSAS-SR, en la que las puntuaciones en el postratamiento eran significativamente inferiores ($p < 0,05$) en las subescalas de Ansiedad, Evitación y en el total. Las puntuaciones de la entrevista seguían confirmando esta mejoría, ya que la ansiedad disminuía en todas las dimensiones de la ansiedad social de forma significativa ($p < 0,05$), excepto en la faceta de "Evitación" en las dimensiones 1, 2, 3, 4 y subdimensión 5b, en la faceta "Ansiedad" en las dimensiones 3 y 4 y en la faceta "Interferencia" en la dimensión 4. Cuando consideramos el tamaño del efecto de las diferencias pre/postratamiento, encontramos que en todas las dimensiones y en la puntuación total del CASO el tamaño del efecto fue grande ($r > 0,5$). En las subescalas y en la puntuación total de la LSAS-SR, el tamaño del efecto fue también grande ($r > 0,5$), así como en las dimensiones de la ansiedad social y sus facetas medidas por la entrevista (ECSAS), excepto en la faceta "Evitación" de la subdimensión 5b, que fue mediano ($0,3 > r < 0,5$).

Diferencias pre/postratamiento en el grupo de terapia farmacológica

Los hallazgos en este grupo deben considerarse con las mismas precauciones que en el caso del grupo de TCC individual debido al bajo número de pacientes participantes ($N= 5$). Los resultados obtenidos para este grupo por medio de la prueba de rangos de Wilcoxon indicaban una mejora de la ansiedad social en el postratamiento con respecto a las puntuaciones en el pretratamiento en prácticamente todas las variables evaluadas. Sin embargo, sólo en dos de las cinco dimensiones del CASO, específicamente *Quedar en evidencia/Hacer el ridículo* y *Hablar en público/Interacción con personas de autoridad* esas diferencias eran significativas ($p < 0,05$). Dichas diferencias no eran confirmadas con los resultados de la entrevista, donde no se encontraron diferencias significativas pre/postratamiento en ninguna de las dimensiones ni en sus facetas. Tampoco la LSAS-SR reflejaba diferencias significativas pre/postratamiento. Cuando consideramos el tamaño del efecto de las dos dimensiones anteriores en las que las diferencias eran estadísticamente significativas, dicho tamaño del efecto era grande ($r > 0,5$).

Comparación entre los grupos de tratamiento

No había diferencias pretratamiento entre los pacientes del grupo IMAS y los de los otros dos grupos de intervención (TCC individual, tratamiento farmacológico) en ninguno de los cuestionarios que evaluaban ansiedad social (CASO y LSAS-SR), excepto en la dimensión 4 del CASO (*Quedar en evidencia o en ridículo*) entre el

grupo IMAS y el grupo de tratamiento farmacológico ($p < 0,05$), puntuando más alto en ansiedad este último ($p < 0,05$). En los 32 apartados de la entrevista (ECSAS), sólo encontramos diferencias significativas ($p < 0,05$) entre el grupo IMAS y el grupo de TCC individual en dos de ellos, los dos relativos a la dimensión 1, *Interacción con desconocidos*, en las facetas de "Ansiedad" (puntuaba más alto el grupo de TCC individual) e "Interferencia" (puntuaba más alto el grupo IMAS). Entre el grupo IMAS y el grupo de terapia farmacológica solo había diferencias en dos facetas ($p < 0,5$), uno en la de "Interferencia" de la dimensión 1, *Interacción con desconocidos* y otro en la de "Evitación", en la dimensión 5, *Hablar en público*. Dado que esas diferencias no eran estables (no se confirmaban con el cuestionario y con la entrevista) y dado que a nivel de cada dimensión global no había diferencias significativas en ningún caso, no tuvimos en cuenta esas diferencias pretratamiento. Por el contrario, si había diferencias significativas en la edad de los participantes entre el grupo de tratamiento farmacológico y los otros dos grupos (IMAS, TCC individual), siendo la media de edad del primer grupo superior a la de los sujetos de los otros dos ($p < 0,05$).

Con respecto a las diferencias entre el IMAS y los otros dos grupos (TCC individual, tratamiento farmacológico) en el postratamiento, tenemos que considerar los resultados con precaución, como ya hemos venido insistiendo, dado el bajo número de pacientes de estos dos últimos grupos. En el caso de las diferencias entre el grupo IMAS y el grupo TCC individual, este último grupo mantenía niveles de ansiedad superiores (U de Mann-Whitney) en las dos medidas de autoinforme de ansiedad social (CASO y LSAS-SR) después del tratamiento. No obstante, esas diferencias sólo eran significativas ($p < 0,05$) en las dimensiones del CASO, *Interacción con desconocidos* y *Hablar en público/Interacción con personas de autoridad*, así como en la puntuación total del CASO. Dichas diferencias se confirmaban con la entrevista (ECSAS), en la que había diferencias significativas ($p < 0,05$) en todas las dimensiones, excepto en la subdimensión *Hablar en público*, aunque sí en la subdimensión asociada *Interacción con personas de autoridad*. La diferencia también era significativa en la puntuación total de la entrevista ($p < 0,05$). En todos los casos, las puntuaciones del grupo TCC individual en ansiedad social eran superiores a las puntuaciones del grupo IMAS. El tamaño del efecto de esas diferencias, en todos los casos, era mediano ($0,3 > r < 0,5$) (véase tabla 8).

En el caso de las diferencias entre el grupo IMAS y el grupo de terapia farmacológica, este último grupo mantenía niveles de ansiedad superiores en las dos medidas de autoinforme de ansiedad social (CASO y LSAS-SR) después del tratamiento, así como en casi todas las dimensiones y facetas de la entrevista. No obstante, sólo eran significativas (U de Mann-Whitney) en las dimensiones *Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado* ($p < 0,05$), *Quedar en evidencia/Hacer el ridículo* ($p < 0,01$) y *Hablar en público/Interacción con personas de autoridad* ($p < 0,05$), así como en la puntuación total del CASO (tabla 9). Aunque estas diferencias en el postratamiento se confirmaban por la entrevista, con puntuaciones superiores en el grupo de terapia farmacológica en casi todas las facetas, sólo en algunas llegaban a ser significativas, como en varias facetas de las dimensiones de *Quedar en evidencia/Hacer el ridículo* ("Evitación" y "Malestar") ($p < 0,05$), de la subdimensión *Hablar en público* ("Evitación") ($p < 0,05$) y de la subdimensión

Interacción con personas de autoridad ("Evitación", "Malestar", "Interferencia" y total), así como en la puntuación global de la entrevista ($p < 0,05$). La magnitud de las diferencias era moderada en todos los casos ($0,30 > r < 0,50$), excepto uno ("Evitación" en la dimensión *Quedar en evidencia/Hacer el ridículo*), que era pequeña ($r = 0,29$) (véase tabla 9).

Tabla 8

Medias y desviaciones típicas en el postratamiento entre el grupo IMAS ($n = 45$) y el grupo TCC individual ($n = 7$) en el CASO y en la LSAS-SR y comparación no paramétrica (U de Mann-Whitney) de las diferencias entre estos dos grupos

Medidas de autoinforme CASO y sus dimensiones	Grupo IMAS		Grupo TCC individual		Z	p	r
	M	DT	M	DT			
1. Interacción desconocidos	15,02	4,44	19,14	1,57	-2,56	0,010	0,35
2. Interacción sexo opuesto	17,38	5,13	20,57	3,50	-1,80	0,072	--
3. Expresión asertiva	15,60	4,36	18,28	1,98	-1,81	0,070	--
4. Quedar en evidencia	15,67	4,76	17,43	2,30	-1,46	0,144	--
5. Hablar público/Inter. autoridad	16,18	4,81	20,28	3,95	-1,98	0,047	0,27
Total	79,84	20,89	95,71	8,86	-2,22	0,026	0,31
LSAS-SR y sus subescalas							
Ansiedad	32,52	15,17	36,57	8,26	-1,04	0,298	--
Evitación	25,41	10,64	29,14	11,22	-1,08	0,280	--
Total	57,93	24,57	65,71	18,04	-1,09	0,273	--

Notas: CASO= Cuestionario de ansiedad social para adultos; LSAS-SR= Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme; IMAS= Intervención multidimensional para la ansiedad social; TCC= terapia cognitivo conductual; r= tamaño del efecto para la U de Mann-Whitney. En negrita las diferencias significativas entre grupos.

Tabla 9

Medias y desviaciones típicas en el postratamiento entre el grupo IMAS ($n = 45$) y el grupo de tratamiento farmacológico ($n = 5$) en el CASO y en la LSAS-SR y comparación no paramétrica (U de Mann-Whitney) de las diferencias entre estos dos grupos

Medidas de autoinforme CASO y sus dimensiones	Grupo IMAS		Grupo fármacos		Z	p	r
	M	DT	M	DT			
1. Interacción desconocidos	15,02	4,44	19,40	5,86	-1,57	0,117	--
2. Interacción sexo opuesto	17,38	5,13	21,20	4,27	-1,70	0,089	--
3. Expresión asertiva	15,60	4,36	22,40	5,27	-2,44	0,015	0,34
4. Quedar en evidencia	15,67	4,76	23,00	3,39	-2,81	0,005	0,40
5. Hablar público/Inter. autoridad	16,18	4,81	22,40	4,77	-2,47	0,013	0,35
Total	79,84	20,89	108,40	21,11	-2,49	0,013	0,35
LSAS-SR y sus subescalas							
Ansiedad	32,52	15,17	38,00	11,66	-0,84	0,400	--
Evitación	25,41	10,64	28,40	9,71	-0,61	0,541	--
Total	57,93	24,57	66,40	20,65	-0,73	0,467	--

Notas: CASO= Cuestionario de ansiedad social para adultos; LSAS-SR= Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme; IMAS= Intervención multidimensional para la ansiedad social; r= tamaño del efecto para la U de Mann-Whitney. En negrita las diferencias significativas entre grupos.

Discusión

Aunque está demostrado que la terapia cognitivo conductual es el tratamiento de elección para la ansiedad social y que se utiliza de forma habitual en la intervención en dicho ámbito (Barkowski *et al.*, 2016; Mayo-Wilson *et al.*, 2014; Norton *et al.*, 2015; *Society of Clinical Psychology, Division 12, APA*, s.f.; Wersebe *et al.*, 2013), nuestra intención fue desarrollar un nuevo programa sistemático que englobase lo mejor de la terapia cognitivo conductual tradicional y de las terapias de tercera generación y que abordase las cinco dimensiones de la ansiedad social encontradas por nuestro equipo de investigación (Caballo *et al.*, 2012, 2015; Caballo, Salazar, Arias, *et al.*, 2010; Caballo, Salazar, Iruña, *et al.*, 2010). Después de haber estudiado durante más de 10 años la ansiedad social con más de 30 000 sujetos y más de 1000 pacientes y validado empíricamente esas cinco dimensiones, nos resulta sorprendente que las mismas no sean evaluadas de forma sistemática por los instrumentos empleados actualmente (excepto el CASO) ni se incluyan todas ellas, de forma explícita, en los programas de tratamiento de la ansiedad social. Este estudio presenta los primeros resultados obtenidos con la aplicación del nuevo programa de "Intervención multidimensional para la ansiedad social" (IMAS) en una muestra de pacientes de España y Latinoamérica. Participaron diferentes psicólogos clínicos de varios países que tenían el protocolo del programa IMAS, materializado en dos libros, uno que servía de guía al terapeuta y otro que servía de guía, y funcionaba como una especie de diario, para los pacientes. El principal objetivo del estudio fue averiguar la eficacia de dicho programa con evaluaciones justo a la terminación del programa y a los seis meses de haber concluido el mismo. Como objetivo secundario planteamos la comparación del programa IMAS con otras formas de tratamiento de la ansiedad social, como son la terapia cognitivo conductual individual (TCC individual) y la terapia farmacológica.

En lo que respecta al principal objetivo de nuestra investigación, los resultados confirmaron la eficacia del programa IMAS para disminuir la ansiedad social, medida por dos instrumentos de autoinforme y una entrevista semiestructurada. Después de cuatro meses de intervención (15 sesiones), los pacientes mostraron una ansiedad social por debajo del punto de corte en todas las dimensiones de la ansiedad social, evaluadas por el CASO, en las subescalas de Ansiedad y Evitación de la LSAS-SR y en la ansiedad social global, medida por el CASO y la LSAS-SR. Todos estos datos se confirmaron por los obtenidos en la entrevista, de forma que los pacientes mejoraron notablemente en todas las dimensiones de la ansiedad social. Así, de una puntuación media superior al punto de corte de 7 en todas las facetas de las cinco dimensiones antes del tratamiento las puntuaciones media cayeron por debajo de 7 después del tratamiento, algo que consideramos que es una importante mejoría tanto a nivel clínico como a nivel estadístico. Por medio de la entrevista se encontró también que los pacientes dejaron de cumplir los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013), indicando que los participantes, como grupo, ya no se considerarían sujetos clínicos diagnosticables con trastorno de ansiedad social. Cuando analizamos la gravedad de los síntomas la evaluación de seguimiento a los seis meses, encontramos que los pacientes no solamente mantenían la disminución de los síntomas, sino que, en muchos casos, aumentaban dichas mejoras, aunque no

llegaran a ser estadísticamente significativas. Los resultados de las pruebas no paramétricas eran, básicamente, los mismos que los de las medidas paramétricas, con lo que ambos tipos de estadísticos confirmaban los mismos resultados. Cuando analizamos hasta qué punto esas mejoras eran importantes, hallando el tamaño del efecto a través de la d de Cohen, en todas las medidas dicho tamaño del efecto era grande ($d > 0,80$), en la mayoría de los casos $d > 1,00$ y en algunos casos $d > 2,00$. Con base en los resultados globales de este estudio podemos afirmar que el programa IMAS es altamente eficaz para el tratamiento del TAS.

Por otra parte, se comparó el programa IMAS con otros dos tratamientos habituales para la ansiedad social, incluyendo la TCC individual y la terapia farmacológica. Los análisis no paramétricos mostraron que el programa IMAS fue superior, en muchas de las medidas, a la TCC individual y, especialmente, al tratamiento farmacológico. Esa superioridad fue más notoria en el CASO que en la LSAS-SR. La posible razón es que el CASO evalúa la ansiedad social a lo largo de muchas dimensiones, cubriendo un rango de situaciones sociales mucho más amplio que la LSAS-SR. Por ejemplo, en un análisis factorial de la LSAS-SR (Caballo *et al.*, 2013) sólo se encuentran bien representadas las dimensiones de *Interacción con desconocidos* (7 ítems) y la de *Hablar en público/Interacción con personas de autoridad* (6 ítems), mientras que apenas está representada la dimensión *Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado* (2 ítems) o simplemente no tiene ítems que evalúen las dimensiones de *Quedar en evidencia o en ridículo* o la de *Interacción con el sexo opuesto*. Por el contrario, incluye factores compuestos por situaciones sociales que no tienen un peso importante en la población de España ni de los países latinoamericanos (Caballo *et al.*, 2012; 2015). Si tenemos en cuenta los datos obtenidos con todos los grupos de tratamiento, podríamos decir que el CASO es más sensible a los cambios producidos por las intervenciones, tanto psicológicas como farmacológicas, que la LSAS-SR. Por ejemplo, mientras que en la terapia farmacológica no se encuentran diferencias significativas del pre al postratamiento en la LSAS-SR, sí las hay en algunas de las dimensiones del CASO, como “Quedar en evidencia o en ridículo” o “Hablar en público/Interacción con personas de autoridad” ($p < 0,05$).

Queremos señalar que tanto la TCC individual como el tratamiento farmacológico fueron también eficaces para disminuir la ansiedad social (como lo demuestran las diferencias pre/postratamiento), especialmente la TCC individual y, en menor medida, la terapia farmacológica. Como ya hemos indicado, el bajo número de sujetos de ambos grupos dificulta la generalización de los resultados, pero el haber obtenido datos, sobre todo de la TCC individual (modelo de Hofmann y Otto + un módulo de Clark y Wells), nos parece relevante en la medida que se trata de resultados con una muestra de un país latino, una condición que no hemos encontrado como investigada hasta la fecha. Por otra parte, que la terapia farmacológica sea relativamente eficaz para la ansiedad social es algo positivo, ya que sería una alternativa terapéutica para los pacientes que no están dispuestos a seguir un tratamiento psicológico. Respecto a la farmacoterapia para el TAS, queremos también comentar que en la práctica clínica (al menos en España y Latinoamérica) es frecuente que los pacientes tomen dos (y algunas veces más) psicofármacos para tratar sus problemas de ansiedad social, que difiere del

tratamiento estándar de recibir solamente un fármaco, como suele llevarse a cabo en los estudios experimentales con estos medicamentos. En nuestro estudio, por ejemplo, los tratamientos farmacológicos fueron modificados en cortos períodos de tiempo y se observó que se empleaba un fármaco principal (en tres casos la vortioxetina y en dos casos la paroxetina) complementados con un anticonvulsivante (la gabapentina) o con benzodiacepinas (alprazolam o lorazepam) para el manejo de los ataques de pánico. Teniendo en cuenta esta situación, los resultados de nuestro estudio indicarían que el uso que se hace de estos psicofármacos mejora los síntomas del TAS.

Cuando comparamos los tamaños del efecto medios del programa IMAS con los tamaños del efecto medios (y los rangos) de otros tratamientos para el TAS sobre los que se ha informado en la literatura, el programa IMAS parece obtener mejores resultados, tanto si se trata de tratamientos psicológicos en general (individuales o en grupo) (p. ej., Acarturk *et al.*, 2009; Barkowski *et al.*, 2016; Mayo-Wilson *et al.*, 2014; Powers *et al.*, 2008) como si se trata específicamente de intervenciones cognitivo conductuales en grupo (p. ej., Aderka, 2009; Barkowski *et al.*, 2016; Mayo-Wilson *et al.*, 2014; Powers *et al.*, 2008; Wersebe *et al.*, 2013), teniendo todos una demostrada eficacia en la disminución de los síntomas de la ansiedad social.

Si tomamos en consideración las terapias de "tercera generación", los tamaños del efecto obtenidos en nuestro estudio sobre el programa IMAS también son más altos que los hallados en tratamientos basados principalmente en la atención plena y la aceptación (véanse, por ejemplo, los metaanálisis de Liu *et al.* [2021] y Norton *et al.* [2015]). Esto nos hace pensar que la inclusión de los componentes centrales de estas "nuevas terapias" en los protocolos de la TCC pueden potenciar la eficacia de esta última. Por el momento, esta es una hipótesis y quedaría planteada una posible línea de investigación para evaluar el peso de estos componentes en los programas de tratamiento para la ansiedad social.

Una última comparación sería la del programa IMAS con la farmacoterapia. Los datos disponibles en la literatura sobre tratamientos farmacológicos para el TAS, también nos permite señalar que los tamaños del efecto del primero son superiores a los informados sobre los segundos que van de pequeños a medianos (Curtis *et al.*, 2017; Davis *et al.*, 2014).

Queremos también mencionar algunas ventajas y limitaciones del estudio. Una de las principales ventajas es que el programa IMAS se llevó a cabo por diferentes terapeutas en distintos países. Esto proporciona a dicho programa una notable solidez y un mayor grado de generalización a la hora de su aplicación en otros países latinoamericanos e incluso en otros lugares del mundo. Las estrategias incluidas en dicho programa no son nuevas, pero hasta la fecha no tenemos conocimiento de ningún otro protocolo cognitivo conductual que sea específico para tratar el problema de la ansiedad social, utilizando de forma integrada técnicas tradicionales con algunas de las acuñadas por las terapias de tercera generación. Además, es novedoso que el programa esté centrado en las cinco dimensiones de la ansiedad social y permita atender de forma idiosincrática a las dificultades que presentan los pacientes en cada una de ellas, enseñándoles el modo en que pueden aplicar todas las estrategias trabajadas (p. ej., atención plena, aceptación, reestructuración y desvinculación de pensamientos, exposición, habilidades sociales, etc.). Una

segunda ventaja es la disponibilidad del (y esperamos, accesibilidad al) programa IMAS, puesto que está publicado en dos libros, uno para el terapeuta (Caballo, Salazar, Garrido, *et al.*, 2018) y otro para el paciente (Caballo, Salazar y Garrido, 2018). Estos libros funcionan realmente como guías del programa, lo que hace relativamente sencillo, por un lado, aplicar el programa por parte del terapeuta y, por la otra, seguirlo por parte del paciente. Además, de esta forma se hace más homogénea y comparable la aplicación del programa en diferentes lugares y por distintos profesionales. Por último, nos gustaría destacar el formato en grupo del programa IMAS. Si bien es cierto que podría adaptarse al formato individual, este estudio encontró que el formato en grupo del programa IMAS fue más eficaz que la TCC individual. La eficacia del programa IMAS se debe, quizás, a algunas de las ventajas inherentes al formato de grupo, que ya fueron destacadas por Wersebe *et al.* (2013), Barkowski *et al.* (2016) y Pelissolo (2019), como el apoyo y la retroalimentación entre personas que tienen dificultades psicológicas similares, la realización de ejercicios/actividades con iguales para entrenar las técnicas, tener una mayor cantidad de oportunidades de exposición a situaciones sociales naturales y dentro de las sesiones para practicar lo aprendido.

Quisiéramos señalar también algunas limitaciones del estudio. Una primera limitación es no tener un grupo control de lista de espera para comparación con el programa IMAS. Aunque se sabe que el TAS no mejora con el simple paso del tiempo (Acarturk *et al.*, 2009; Mayo-Wilson *et al.*, 2014; Powers *et al.*, 2008; Steinert *et al.*, 2017), hubiera sido de utilidad haber tenido un grupo control sin tratamiento. Una segunda limitación es no haber conseguido, por circunstancias ajenas al estudio, los datos de postratamiento de todos los países que empezaron el programa IMAS. Una tercera limitación es el bajo número de sujetos en los dos grupos que aplicaban otros tratamientos distintos al programa IMAS. Aunque este no era el objetivo principal de la investigación, los resultados obtenidos de las comparaciones realizadas entre grupos podrían haber sido más fiables si el número de participantes en esos dos grupos hubiera sido mayor.

En conclusión, los tres tratamientos utilizados en este estudio (el programa IMAS, la TCC individual y el tratamiento farmacológico) han mostrado ser eficaces para los síntomas del TAS, teniendo pruebas de una mayor eficacia por parte de los tratamientos psicológicos y destacando en especial los resultados del programa IMAS. Aunque se necesita más investigación al respecto, estos hallazgos respaldan al programa IMAS como un potente nuevo tratamiento para el TAS.

Dada la participación de España y otros países de Latinoamérica en el estudio, pensamos que los resultados obtenidos en esta investigación podrían generalizarse a personas con TAS en muchos países de Iberoamérica. Finalmente, señalar que no solamente los pacientes disminuyen de forma drástica su ansiedad social, sino que mejoran en otros muchos aspectos de sus vidas.

Referencias

- Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A. y de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39(2), 241-254. doi: 10.1017/S0033291708003590

- Aderka, I. M. (2009). Factors affecting treatment efficacy in social phobia: the use of video feedback and individual vs. group formats. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 12-17. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.05.003
- Ahn, J. K. y Kwon, J. H. (2018). Modifying negative self-imagery increases the effectiveness of cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: a benchmarking study. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 598-611. doi: 10.1007/s10608-018-9918-5
- Alden, L. E., Buhr, K., Robichaud, M., Trew, J. L. y Plasencia, M. L. (2018). Treatment of social approach processes in adults with social anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(6), 505-517. doi: 10.1037/ccp0000306
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5ª ed. (DSM-5). Arlington, VA: Autor.
- Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., Barth, J. y Rosendahl, J. (2016). Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: a meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 44-64. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.02.005
- Caballo, V. E., Arias, B., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Hofmann, S. G. y CISO-A Research Team (2015). Psychometric properties of an innovative self-report measure: the Social Anxiety Questionnaire for Adults. *Psychological Assessment*, 27(3), 997-1012. doi: 10.1037/a0038828
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, V., Hofmann, S. G., Curtiss, J. y CISO-A Research Team (2019). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale in a large cross-cultural Spanish and Portuguese speaking sample. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(2), 122-130. doi: 10.1590/1516-4446-2018-0006
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Iruña, M. J., Calderero, M. y CISO-A España, Equipo de Investigación (2010). Validación del "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO-A30) en universitarios españoles: similitudes y diferencias entre carreras universitarias y comunidades autónomas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18(1), 5-34.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Garrido, L. (2018). *Programa de Intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS): libro del paciente*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Garrido, L., Iruña, M. J. y Hofmann, S. H. (2018). *Programa de Intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS): libro del terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Hofmann, S. G. (2019). A new Multidimensional Intervention for Social Anxiety: the MISA program. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(1), 149-172.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. y CISO-A Research Team (2008). Social anxiety in 18 nations: sex and age differences. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16(2), 163-187.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. y CISO-A Research Team (2010). 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. doi: 10.1027/1015-5759/a000014
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. y CISO-A Research Team (2012). 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. doi: 10.1016/j.beth.2011.07.001
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Arias, B. y Nobre, L. (2013). The assessment of social anxiety through five self-report measures, LSAS-SR, SPAI, SPIN, SPS, and SIAS: a critical analysis of their factor structure. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21(3), 423-448.

- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Olivares, P., Iruirtia, M. J., Olivares, J. y Toledo, R. (2014). Assessing social skills: the factorial structure and other psychometric properties of four self-report measures. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(3), 375-399.
- Clark, D. M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs.), *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). Nueva York, NY: Guilford.
- Curtiss, J., Andrews, L., Davis, M., Smits, J. y Hofmann, S. G. (2017). A meta-analysis of pharmacotherapy for social anxiety disorder: an examination of efficacy, moderators, and mediators. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 18(3), 243-251. doi: 10.1080/14656566.2017.1285907
- Davis, M. L., Smits, J. A. J. y Hofmann, S. G. (2014). Update on the efficacy of pharmacotherapy for social anxiety disorder: a meta-analysis. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 15(16), 2281-2291. doi: 10.1517/14656566.2014.955472
- Fedoroff, I. C. y Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21(3), 311-324. doi: 10.1097/00004714-200106000-00011
- Feske, U. y Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26(4), 695-720. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80040-1
- García-Pérez, L. y Valdivia-Salas, S. (2018). Intervención en el trastorno de ansiedad social a través de la terapia de aceptación y compromiso: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26(2), 379-392.
- González, M. P., Bobes, J., García, M., Badía, X., Luque, A. y Dal-Ré, R. (1998). Assessing social phobia. The Spanish validation of the gold standard clinical scales: the LSAS and the SADS. *European Neuropsychopharmacology*, 8(8, supl. 2), 259-260. doi: 10.1016/S0924-977X(98)80471-9
- Gureje, O., Adeyemi, O., Enyidah, N., Ekpo, M., Udofia, O., Uwakwe, R. y Wakil, A. (2008). Mental disorder among adult Nigerians: risks, prevalence, and treatment. En R. C. Kessler y T. B. Üstün (dirs.), *The WHO Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders* (pp. 211-237). Nueva York, NY: Cambridge University.
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Nueva York, NY: Guilford.
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experimental approach to behavior change*. Nueva York, NY: Guilford.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 195-209. doi: 10.1080/16506070701421313
- Hofmann, S. G. y Otto, M. W. (2008). *Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: evidence-based and disorder-specific treatment techniques*. Nueva York, NY: Routledge.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T. y Fang, A. (2010). The empirical status of the "new wave" of CBT. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 701-710. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.006
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Nueva York, NY: Delacorte.
- Keeton, C. P. y Crosby Budinger, M. (2012). Social phobia and selective mutism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 621-641. doi: 10.1016/j.chc.2012.05.009
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W.-T., Demler, O., Glantz, M., Lane, M. C., Jin, R., Merikangas, K. R., Nock, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., Wang, P. S. y Wells, K. B. (2008). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): cornerstone in improving mental health and mental health care in the United States. En R. C. Kessler

- y T. B. Üstün (dirs.), *The WHO Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders* (pp. 165-209). Nueva York, NY: Cambridge University.
- Kessler, R. C. y Üstün, T. B. (dirs.) (2008). *The WHO Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. Nueva York, NY: Cambridge University.
- Kocovski, N., Fleming, J. y Rector, N. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: an open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 276-289. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.12.004
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173. doi: 10.1159/000414022
- Lipsey, M. W. y Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *The American Psychologist*, 48(12), 1181-1209. doi: 10.1037//0003-066x.48.12.1181
- Liu, X., Yi, P., Ma, L., Liu, W., Deng, W., Yang, X., Liang, M., Luo, J., Li, N. y Li, X. (2021). Mindfulness-based interventions for social anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 300, 113935. doi: 10.1016/j.psychres.2021.113935
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranzezouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E. y Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 368-376. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70329-3
- Norton, A. R., Abbott, M. J., Norberg, M. M. y Hunt, C. (2015). A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(4), 283-301. doi: 10.1002/jclp.22144
- Olatunji, B. O. y Hollon, S. D. (2010). Preface: the current status of cognitive behavioral therapy for psychiatric disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 13-14. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.015
- Pelissolo, A. (2019). Trastornos de ansiedad y fóbicos. *EMC - Tratado de Medicina*, 23(2), 1-8. doi: 10.1016/S1636-5410(19)41998-3
- Ponniah, K. y Hollon, S. D. (2008). Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 38(1), 3-14. doi:10.1017/S0033291707000918
- Powers, M. B., Sigmarsson, S. R. y Emmelkamp, P. M. G. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(2), 94-113. doi: 10.1521/ijct.2008.1.2.94
- Rytwinski, N. K., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Liebowitz, M. R., Cissell, S., Stein, M. B. y Hofmann, S. G. (2009). Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depression and Anxiety*, 26(1), 34-38. doi: 10.1002/da.20503.
- Salazar, I. C. y Caballo, V. E. (2018). Entrevista clínica semiestructurada para la ansiedad social (ECSAS). En V. E. Caballo, I. C. Salazar y L. Garrido (dirs.), *Programa de Intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS): libro del terapeuta* (pp. 359-387). Madrid: Pirámide.
- Schreiber, F., Heimlich, C., Schweitzer, C. y Stangier, U. (2015). Cognitive therapy for social anxiety disorder: the impact of the 'self-focused attention and safety behaviours experiment' on the course of treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 158-166. doi: 10.1017/S1352465813000672
- Segal, Z., Williams, J. y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. Nueva York, NY: Guilford.
- Society of Clinical Psychology, Division 12, American Psychological Association (s.f.). *Treatment: cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder*. <https://div12.org/treatment/cognitive-behavioral-therapy-for-social-anxiety-disorder/>

- Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M. de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., Hu, C. ... WHO World Mental Health Survey Collaborators (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 15, 143. doi: 10.1186/s12916-017-0889-2
- Steinert, C., Stadter, K., Stark, R. y Leichsenring, F. (2017). The effects of waiting for treatment: a meta-analysis of waitlist control groups in randomized controlled trials for social anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(3), 649-660. doi: 10.1002/cpp.2032
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(1), 1-9. doi: 10.1016/0005-7916(95)00058-5
- Terra, M. B., Barros, H. M. T., Stein, A. T., Figueira, I., Athayde, L. D., Gonçalves, M. de S., Tergolina, L. P., Rovani, J. S. y da Silveira, D. X. (2006). Internal consistency and factor structure of the Portuguese version of the Liebowitz Social Anxiety Scale among alcoholic patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(4), 265-269. doi: 10.1590/S1516-44462006005000008
- Warnock-Parkes, E., Wild, J., Stott, R., Grey, N., Ehlers, A. y Clark, D. M. (2017). Seeing is believing: using video feedback in cognitive therapy for social anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24, 245-255. doi: 10.1016/j.cbpra.2016.03.007
- Wersebe, H., Sijbrandij, M. y Cuijpers, P. (2013). Psychological group-treatments of social anxiety disorder: a meta-analysis. *PLoS ONE*, 8(11), 7. doi: 10.1371/journal.pone.0079034
- Williams, T., McCaul, M., Schwarzer, G., Cipriani, A., Stein, D. J. y Ipser, J. (2020). Pharmacological treatments for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Acta Neuropsychiatrica*, 32(4), 169-176. doi: 10.1017/neu.2020.6

RECIBIDO: 9 DE FEBRERO DE 2021

ACEPTADO: 1 DE JULIO DE 2021