

APLICACIÓN INTERNACIONAL DEL PROGRAMA “INTERVENCIÓN MULTIDIMENSIONAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL” (IMAS): II. EFICACIA DEL TRATAMIENTO PARA PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD SOCIAL

Isabel C. Salazar¹, Vicente E. Caballo¹, Víctor Arias², Joshua Curtiss³,
Alicia M. Rossitto⁴, Rosa B. Gómez Araujo⁵, Juan S. Herrera Puente⁶,
María F. Coello⁶, Olivia Gamarra⁷, Rosa Sanguino Andrés⁸, Stefan G.
Hofmann⁹ y Equipo de investigación IMAS

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

Resumen

En un trabajo anterior (Caballo *et al.*, 2021) comprobamos la eficacia del programa de Intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS) en la reducción de los síntomas de ansiedad social. En este estudio cuasiexperimental, con medidas pre/postratamiento y seguimiento, hallamos el impacto del programa IMAS en otros problemas relacionados con la ansiedad social. 57 personas diagnosticadas con un trastorno de ansiedad social (TAS), según el DSM-5, contestaron a cuestionarios que medían habilidades sociales, depresión, síntomas del trastorno de la personalidad por evitación, alcoholismo, autoestima, sensibilidad personal, preocupaciones y calidad de vida. Diferentes terapeutas llevaron a cabo el tratamiento en Ecuador, España y Paraguay. Los resultados mostraron importantes mejoras en el postratamiento en prácticamente todos los aspectos evaluados, mejoras que se mantenían a los seis meses. Los tamaños del efecto sobre la eficacia del tratamiento iban de medianos a grandes. Se comparó también el programa IMAS con terapia cognitivo conductual individual y tratamiento farmacológico, con resultados favorables para el programa IMAS. Este nuevo programa para el tratamiento de la ansiedad social tiene un impacto importante en otros problemas relacionados habitualmente con el TAS.

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: Vicente E. Caballo, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Granada (España). E-mail: vcaballo@ugr.es

PALABRAS CLAVE: *ansiedad social, habilidades sociales, autoestima, calidad de vida, sensibilidad personal, preocupaciones, personalidad evitativa, tratamiento, programa IMAS, tamaño del efecto.*

Abstract

In a previous work (Caballo et al., 2021) we tested the effectiveness of the Multidimensional Intervention for Social Anxiety (MISA) program in reducing social anxiety symptoms. In this quasi-experimental study, with pre/post-treatment and follow-up measures, we examined the impact of the MISA program on other problems related to social anxiety. 57 people diagnosed with social anxiety disorder (SAD), according to DSM-5, were assessed with a diagnostic interview and questionnaires measuring social skills, depression, avoidant personality disorder symptoms, alcoholism, self-esteem, personal sensitivity, worries, and quality of life. Different therapists carried out the treatment in Ecuador, Spain, and Paraguay. The results showed significant improvements at post-treatment in virtually all measures assessing the above variables, improvements that were maintained at six months. Effect sizes on treatment effectiveness ranged from medium to large. The MISA program was also compared with individual cognitive behavioral therapy and pharmacological treatment, with favorable results for the MISA program. In conclusion, this new program for the treatment of social anxiety has a significant impact on other problems usually related to SAD.

KEY WORDS: *social anxiety, social skills, self-esteem, quality of life, personal sensitivity, worries, avoidant personality, treatment, MISA program, effect size.*

Introducción

El trastorno de ansiedad social (TAS), también conocido como fobia social, se caracteriza, principalmente, por el temor intenso que siente la persona a ser observada y evaluada negativamente por parte de los demás en las situaciones sociales, ya sea realizando actuaciones delante de otros o interactuando con ellos (*American Psychiatric Association [APA], 2013*). El TAS es el segundo trastorno de ansiedad más frecuente (después de la fobia específica) y su prevalencia global a nivel mundial de 2,4% en los últimos 12 meses y de 4,0% a lo largo de la vida (Stein et al., 2017), lo sitúa en lo alto del ranking de problemas de salud mental, después de los trastornos depresivos y por consumo de sustancias, con los que suele presentarse de forma comórbida (p. ej., Beesdo et al., 2007; MacKenzie y Fowler, 2013; Pignon et al., 2018; Quevedo et al., 2020; Schneier et al., 2010; Smith y Randall, 2012; Stein et al., 2017). Una serie de estudios ha encontrado relación entre la ansiedad social y otros trastornos o problemas psicológicos, como la depresión, la baja autoestima, el exceso de preocupaciones, el consumo de alcohol, el déficit en habilidades sociales, etc. Así, por ejemplo, Ratnani et al. (2017) encontraron que las personas con ansiedad social eran más propensas a experimentar depresión y el nivel de gravedad de la depresión se correlacionaba con la gravedad de la ansiedad social (r de 0,36 a 0,45). Resultados similares fueron informados por Hsu et al. (2012), Tyrała et al. (2015), Vassilopoulos et al. (2015), Erickson et al. (2016) y Mörtberg y Jansson Fröjmark (2019). Otros trabajos han informado de correlaciones superiores (r de 0,52 a 0,63), como es el caso de Bartholomay et al. (2021), Erickson et al.

(2016), Flynn *et al.* (2019), Gregory y Peters (2017), y Heidari y Nemattavousi (2021). En estudios con muestras clínicas (Tyrała *et al.*, 2015) esta correlación es incluso mayor ($r=0,64$). Adicionalmente, existe cierto apoyo empírico para considerar al TAS como un precursor de los trastornos depresivos (p. ej., Beesdo *et al.*, 2007; MacKenzie y Fowler, 2013; Pignon *et al.*, 2018; Quevedo *et al.*, 2020; Schneier *et al.*, 2010; Stein *et al.*, 2017).

La preocupación es otra característica psicológica que parece estar presente en los sujetos con ansiedad social. La preocupación se refiere a pensamientos o imágenes repetitivos, inciertos y cargados de afecto negativo sobre lo que podría ocurrir en el futuro (*¿y si...?, ¿qué pasaría si...?*) (Hong, 2007). La preocupación puede observarse en sujetos sin trastornos mentales, que la utilizan como parte de una estrategia de solución de problemas en respuesta a eventos inciertos y no tiene por qué ser patológica (Counsell *et al.*, 2017). Lo será cuando suceda de forma excesiva e incontrolada, frecuentemente por cosas sin importancia, y se emplee como una estrategia cognitiva para hacer frente a las emociones negativas. Esto es lo que ocurre en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), donde las preocupaciones abarcan una amplia variedad de temas/áreas (Dugas y Robichaud, 2007). El TAS y el TAG son, muchas veces, comórbidos y la preocupación excesiva podría explicar, en parte, dicha comorbilidad (Dugas y Robichaud, 2007; Starcevic *et al.*, 2007) e incluso podría predecir un diagnóstico de TAS - además del de TAG (Starcevic *et al.*, 2007). La relación entre la ansiedad social y los síntomas de preocupación es pequeña (r de 0,34 a 0,35) tanto en muestras universitarias como clínicas (Counsell *et al.*, 2017; Erickson *et al.*, 2016). Al comparar a los sujetos con TAS con sujetos sanos, se encuentra que los primeros muestran más preocupaciones que los segundos (Arditte Hall *et al.*, 2019).

Otro asunto que se menciona con frecuencia por su relación con la ansiedad social es el consumo problemático de alcohol. Según la literatura, la ansiedad social y el consumo de alcohol parecen reforzarse mutuamente. El consumo de alcohol puede reducir la ansiedad (o la tensión) en situaciones sociales y, a su vez, facilitar la interacción social debido a la desinhibición y a los cambios cognitivos que produce (p. ej., disminuye la autoevaluación y la conciencia de uno mismo o la percepción de amenaza de la situación social), con lo que el consumo de alcohol se convierte en un factor de mantenimiento de la ansiedad social. No obstante, los datos de la literatura sobre la relación entre la ansiedad social y el consumo de alcohol son confusos. Así, por ejemplo, Schneier *et al.* (2010) informaron que, en la población general estadounidense, la prevalencia conjunta y a lo largo de la vida del TAS y de un trastorno por consumo de alcohol era del 2,4% y que, entre los que padecían TAS, el 27,3% tenía dependencia del alcohol y el 20,9% abusaba de él. Pero, en otros estudios, se informa de la ausencia de dicha relación (p. ej., Bartholomay *et al.*, 2021; Villarosa *et al.*, 2014) e incluso de una correlación negativa (p. ej., Ham *et al.*, 2007; Ham y Hope, 2005, 2006; Papachristou *et al.*, 2018; Schry y White, 2013).

Un cuarto aspecto que parece estar relacionado con la ansiedad social es la baja autoestima. Parece haber cierto consenso en que la autoestima implica juicios realizados por la persona sobre su propia valía, lo que conduce a una valoración global positiva o negativa (aceptación o rechazo) de sí mismo. Las autovaloraciones parecen ser relativamente estables a lo largo del tiempo (Marsh y O'Mara, 2008;

Rosenberg, 1962). Según investigaciones relativamente recientes, la autoestima muestra correlaciones negativas con la ansiedad social, con valores entre pequeños y moderados tanto en muestras comunitarias -incluidas las universitarias- (p. ej., Caballo, Salazar y Equipo de Investigación CISO-A España, 2018; Cheng *et al.*, 2015; Gregory y Peters, 2017; Heidari y Nemattavousi, 2021; Iancu *et al.*, 2015; Nordstrom *et al.*, 2014; Sun y Wu, 2011; Tan *et al.*, 2016) como en muestras clínicas (p. ej., Iancu *et al.*, 2015; Ritter *et al.*, 2013; Schreiber *et al.*, 2012). Además, hay estudios que indican que la baja autoestima podría ser un predictor significativo de la ansiedad social (Khanam y Moghal, 2012).

Un quinto concepto que nos interesa es la alta sensibilidad personal, que está relativamente poco investigado. Aron (1996) utilizó el concepto de personas altamente sensibles para referirse a la sensibilidad innata a la estimulación, a la consciencia de cuestiones sutiles y a un umbral de estimulación más bajo que el de otras personas. El procesamiento sensorial es lo que permite a las personas percibir, registrar y organizar la información del entorno a través de los sentidos. No obstante, algunas personas muestran patrones extremos o intensos de procesamiento de la información sensorial. Benham (2006) definió la sensibilidad del procesamiento sensorial como altos niveles de sensibilidad a los estímulos sutiles y la facilidad para sobreexcitarse ante los estímulos externos. En los últimos años, ha aumentado el apoyo empírico a las bases biológicas de dicho procesamiento. Nos referimos a la sensibilidad de los sistemas cerebrales de inhibición conductual (BIS) y de activación comportamental (BAS). El BIS se encargaría del escaneo interno y externo en busca de información relevante sobre amenazas en respuesta a situaciones potencialmente amenazantes y el BAS contribuiría a las respuestas de ansiedad y evitación de las situaciones sociales. Las investigaciones indican que ambos sistemas están relacionados con la ansiedad social. En concreto, la relación entre la ansiedad social y el BIS es positiva y moderada (r de 0,44 a 0,63), mientras que la relación entre la ansiedad social y el BAS es pequeña y negativa (r de -0,15 a -0,17) (Heidari y Nemattavousi, 2021; Kimbrel *et al.*, 2012).

Las habilidades sociales constituyen otra de las variables que con frecuencia aparece ligada a la ansiedad social. La relación parece ser bidireccional, es decir, un déficit en las habilidades sociales se puede encontrar entre los factores causales de la ansiedad social, pero también sucede que las personas con TAS podrían manifestar una pobre actuación por la interferencia de la ansiedad social. La relación identificada empíricamente es negativa con una correlación media en torno a 0,50 (r de -0,26 a -0,61) (Caballo *et al.*, 2003, 2017; Caballo, Salazar, Irurtia, *et al.*, 2014; Hsu *et al.*, 2012; Lefrançois *et al.*, 2011). Caballo, Salazar y Equipo de Investigación CISO-A España (2018) encontraron que tanto las mujeres como los hombres con alta ansiedad social tenían una media global de habilidades sociales significativamente menor que sus iguales con baja ansiedad social.

Un último aspecto que nos parece relevante en la evaluación de las personas con TAS es la valoración subjetiva que hacen de su calidad de vida, refiriéndose a distintos aspectos vitales como la salud física y psicológica, las relaciones sociales, aspectos ambientales, etc. Trabajos empíricos relativos a la ansiedad social y la calidad de vida con muestras universitarias indican que la relación entre ambas es negativa y oscila entre pequeña y moderada (Mörtberg y Jansson Fröjmark, 2019).

Ratnani *et al.* (2017) encontraron que los sujetos con ansiedad social tenían puntuaciones de calidad de vida (WHOQoL) más bajas que los sujetos sin ansiedad social, aunque las diferencias solo eran significativas en el dominio de las Relaciones sociales.

El TAS como muchos otros problemas psicológicos graves tiene pocas posibilidades de remitir sin tratamiento (p. ej., Acarturk *et al.*, 2009; Mayo-Wilson *et al.*, 2014; Powers *et al.*, 2008; Steinert *et al.*, 2017). Afortunadamente, existen terapias eficaces para este trastorno que reducen la sintomatología y mejoran el funcionamiento social de los afectados (p. ej., Acarturk *et al.*, 2009; Fedoroff y Taylor, 2001; Mayo-Wilson *et al.*, 2014; Norton *et al.*, 2015; Olatunji y Hollon, 2010; Ponniah y Hollon, 2008; Powers *et al.*, 2008; Taylor, 1996). En Caballo *et al.* (2021) se presenta una síntesis de los metaanálisis sobre los tratamientos psicológicos y farmacológicos con mayor apoyo empírico.

Además de los efectos sobre la ansiedad social, los tratamientos psicológicos para el TAS podrían aportar beneficios en lo que respecta a otros síntomas clínicos o problemas comórbidos, como los mencionados anteriormente (es decir, sintomatología depresiva, preocupaciones patológicas, baja autoestima, problemas relacionados con el consumo alcohol u otras drogas, etc.). Un metaanálisis realizado por Acarturk *et al.* (2009) evaluó la eficacia de los tratamientos psicológicos sobre el TAS y los síntomas depresivos, indicando que el tamaño medio del efecto (*d* de Cohen) para estos últimos era de 0,70 (IC 95% [0,46-0,94]). En este metaanálisis, en 27 de los 29 estudios había alguna forma de tratamiento cognitivo conductual como grupo experimental. Gregory y Peters (2017) identificaron, en su revisión, tres estudios que demostraron que la terapia cognitiva y la exposición eran eficaces para aumentar la autoestima en individuos con TAS, con tamaños del efecto de medianos a grandes (entre 0,68 y 0,99).

Si consideramos algunas investigaciones por separado (que no forman parte del metaanálisis y la revisión anteriores), encontramos pruebas de una reducción significativa de los síntomas depresivos ($d= 0,79$) en un grupo de Terapia para la eficacia social (*Social Effectiveness Therapy*, SET) (Beidel *et al.*, 2014). Rozen *et al.* (2022) también encontraron que un grupo de terapia cognitivo conductual (GTCC) era eficaz para reducir los síntomas depresivos en sujetos con TAS. Mörtberg *et al.* (2007) hallaron igualmente una reducción significativa de los síntomas depresivos, siendo mayor la mejoría en la terapia cognitiva individual que en grupo, mientras que Stangier *et al.* (2003) no encontraron diferencias entre la terapia individual y la grupal en su eficacia para reducir los síntomas depresivos.

En cuanto a las llamadas "terapias de tercera generación", pueden ser eficaces para los síntomas depresivos, para la baja autoestima y para aumentar la calidad de vida (García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018; Norton *et al.*, 2015). En el metaanálisis realizado por Liu *et al.* (2021), los autores concluyeron que las intervenciones basadas en la atención plena (*mindfulness-based interventions*, MBI) para pacientes con TAS tienen efectos significativos sobre los síntomas depresivos (3 estudios) y la calidad de vida (2 estudios) en comparación con una lista de espera. Sin embargo, al comparar las MBI con algún otro tratamiento activo (GTCC o ejercicio aeróbico) no hubo diferencias significativas en cuanto a los síntomas depresivos (5 estudios) ni a la calidad de vida (4 estudios).

Otra línea de tratamiento para el TAS es el tratamiento farmacológico, que parece tener efectos sobre la calidad de vida. Según el metaanálisis de Curtiss *et al.* (2017), la farmacoterapia contribuye a mejoras importantes en la calidad de vida en comparación con el placebo (3 estudios). En un metaanálisis previo, específicamente sobre la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), Hedges *et al.* (2007) encontraron que este tipo de fármacos mejora los síntomas depresivos en pacientes con TAS, aunque los tamaños del efecto son muy variables, desde pequeños (para paroxetina y sertralina en 4 estudios) hasta grandes para paroxetina (un estudio), mientras que en uno de los estudios el cambio no fue significativo (fluoxetina).

Teniendo en cuenta que, por una parte, los programas basados en atención plena y aceptación tienen efectos positivos sobre otros aspectos psicológicos, más allá de la ansiedad social, en pacientes con TAS y que, por otro lado, pueden emplearse como componentes aditivos dentro de un tratamiento con enfoque cognitivo conductual que han demostrado su eficacia para otros problemas, nos planteamos la opción de probar un nuevo programa grupal para el tratamiento del TAS que integre las técnicas tradicionales de la TCC y las de las terapias de tercera generación. Se trata del programa de *Intervención Multidimensional para la Ansiedad Social* (IMAS; Caballo, Salazar y Garrido, 2018; Caballo, Salazar, Garrido, Iruña *et al.*, 2018). Este programa demostró ser eficaz para síntomas específicos de ansiedad social, proporcionando una evidencia superior a la TCC individual y al tratamiento farmacológico (véase Caballo *et al.*, 2021).

Este nuevo tratamiento está orientado a la intervención sobre las cinco dimensiones de la ansiedad social (Caballo *et al.*, 2008, 2012, 2013, 2015; Caballo, Salazar, Arias, *et al.*, 2010; Caballo, Salazar, Iruña *et al.*, 2010), abordando los diferentes factores de mantenimiento del trastorno mediante el uso de técnicas tradicionales de la TCC (p. ej., psicoeducación, exposición, reestructuración cognitiva, habilidades sociales) y algunas provenientes de las terapias de tercera generación (p. ej., atención plena, desvinculación de los pensamientos [*defusion*], aceptación, educación en valores).

El objetivo de este trabajo fue comprobar la eficacia del programa IMAS en lo que respecta a otros aspectos psicológicos que suelen acompañar a la ansiedad social, como la depresión, problemas relacionados con el consumo de alcohol, preocupaciones excesivas, síntomas del trastorno de la personalidad por evitación, alta sensibilidad personal, baja autoestima, déficit en habilidades sociales y la baja calidad de vida en pacientes con TAS. Nuestra hipótesis principal es que los resultados del programa IMAS una vez terminado el tratamiento mostrarían una mejora significativa con respecto a los datos obtenidos en la línea base y que estos resultados se mantendrían a los seis meses de haber finalizado el programa. Como hipótesis secundaria, se espera que el programa IMAS muestre resultados postratamiento superiores a los obtenidos con la TCC individual o el tratamiento farmacológico.

Método

Participantes

En este estudio participaron 59 personas (24 hombres y 35 mujeres) diagnosticadas con trastorno de ansiedad social (TAS) o fobia social, según los criterios del DSM-5 (APA, 2013). Para asegurar el diagnóstico se utilizó la "Entrevista clínica semiestructurada para la ansiedad social" (ECSAS) (Salazar y Caballo, 2018). Dos de los pacientes (1 hombre de España y 1 mujer de Paraguay) no completaron varios de los cuestionarios en el postratamiento, por lo que la muestra final consistió en 57 sujetos. Los pacientes eran de tres países: 20 eran de Ecuador (7 hombres y 13 mujeres), 24 de Paraguay (12 hombres y 12 mujeres) y 13 de España (4 hombres y 9 mujeres). La edad media 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. En cuanto a sus estudios, 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. La distribución de los pacientes por tipo de tratamiento fue: 45 sujetos siguieron el programa IMAS (GIMAS), 7 recibieron terapia cognitivo conductual individual (GTCC) y 5 recibieron tratamiento farmacológico individual (GFAR).

Instrumentos

Las medidas de evaluación fueron las mismas para todos los participantes en el estudio. Los instrumentos que medían ansiedad social se incluyeron en un trabajo ya publicado (Caballo *et al.*, 2021). Las que evaluaban aspectos psicológicos distintos a la ansiedad social, habitualmente asociados con ésta, son las que se analizaron en este trabajo.

- a) "Inventario Beck para la depresión" (*Beck Depression Inventory*, BDI-II; Beck *et al.*, 1966). El BDI-II mide la magnitud de la depresión mediante 21 ítems de cuatro alternativas de respuesta que van ordenadas según la gravedad, de 0 a 3 puntos. La persona debe elegir aquella opción que mejor describa su situación actual durante las últimas dos semanas. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems y los niveles de gravedad de la depresión se clasifican así: de 0 a 9 puntos, "estado no depresivo"; de 10 a 15 puntos, "depresión leve"; de 16 a 23 puntos, "depresión moderada" y de 24 a 63 puntos, "depresión grave". Los niveles de fiabilidad informados con muestras españolas son altos (p. ej., Salazar *et al.*, 2014). En este estudio, el alfa de Cronbach fue de 0,90.
- b) "Cuestionario para la identificación de trastornos por consumo de alcohol" (*Alcohol Use Disorders Identification Test*, AUDIT; Babor *et al.*, 2001). El AUDIT se utiliza como una medida de cribado para el consumo excesivo de alcohol. Está formado por 10 preguntas en las que la persona debe elegir aquella opción que mejor describa cómo es su consumo actual de alcohol (frecuencia, cantidad, síntomas de dependencia y efectos). Los ítems 1 a 8, que tienen cinco opciones de respuesta, se puntúan de 0 a 4, asignando 0 a la primera opción de respuesta

- y 4 a la última, mientras que los ítems 9 y 10, que tienen tres opciones de respuesta, se puntúan asignando los valores de 0, 2 y 4. Una puntuación total ≥ 8 debe considerarse como un indicador de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. Tiene altos niveles de fiabilidad según Babor et al. (2001). En este estudio, el alfa de Cronbach fue de 0,86.
- c) "Cuestionario de preocupaciones del Estado de Pensilvania" (*Penn State Worry Questionnaire*, PSWQ; Meyer et al., 1990), versión en español de Nuevo, Montorio y Ruiz (2002). El PSWQ evalúa de forma unidimensional el exceso, la generalidad y la incontrolabilidad de las preocupaciones y consta de 16 ítems que se contestan en una escala Likert de cinco puntos (desde 1= "Nada" hasta 5= "Mucho"). El cuestionario original (Meyer et al., 1990) contiene cinco ítems negativos (1, 3, 5, 8, 10 y 11), pero la versión en español utilizada en este estudio contiene los ítems negativos reformulados en positivo debido a lo problemático que resultan estos ítems para las personas hispanohablantes. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de todos los ítems. Sandín et al. (2009) plantean los siguientes puntos de corte: hombres= 54, mujeres= 61, total= 59 (correspondiente al percentil 75), con una puntuación igual o superior indicando la gravedad de las preocupaciones. Los niveles de consistencia interna informados sobre el instrumento son excelentes (α de Cronbach= 0,92) (p. ej., Counsell et al., 2017). En este estudio, el alfa de Cronbach fue de 0,95.
- d) "Cuestionario para el trastorno de la personalidad por evitación" (CTPE). Se recogieron los 7 ítems que evalúan el trastorno de la personalidad por evitación (TPE) del Cuestionario de personalidad de la "Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV" (SCID-II; First et al., 1999). Se modificó la escala original de respuesta (sí/no) por una escala Likert de 5 puntos, desde 1= "muy poco característico de mí" hasta 5= "muy característico de mí". A mayor puntuación mayor posibilidad de ser diagnosticado con un TPE. En este estudio, el alfa de Cronbach fue de 0,85.
- e) "Cuestionario de sensibilidad personal" (CUSPE; Caballo y Salazar, 2018). El CUSPE es una medida de autoinforme *ad hoc* basada en el test de autoayuda "¿Eres una persona de alta sensibilidad?" (*Are you highly sensitive?*, Aron, 1999). Se construyó con el propósito de evaluar el grado de sensibilidad que tiene una persona ante los estímulos y acontecimientos tanto externos (principalmente) como internos. El CUSPE consta de 30 ítems que se responden en una escala Likert de cinco puntos (desde 1= "muy poco característico de mí" hasta 5= "muy característico de mí"). A mayor puntuación mayor sensibilidad personal. En este estudio, el alfa de Cronbach fue de 0,86.
- f) "Escala Rosenberg de autoestima" (*Rosenberg Self-Esteem Scale*, RSES; Rosenberg, 1965; Rosenberg et al., 1995). La RSES es el instrumento más utilizado para evaluar la autoestima de forma global. Según Rosenberg (1965), evalúa "el sentimiento de que uno es lo suficientemente bueno" (p. 31). Consta de 10 ítems, cinco formulados positivamente y cinco negativamente. Cada uno de ellos se puede responder en una escala Likert de cuatro puntos (desde 1= "Muy en desacuerdo" hasta 4= "Muy de acuerdo"). En la corrección, se invierte

la puntuación de los ítems negativos y se suman todos. A mayor puntuación mayor autoestima. En cuanto a su consistencia interna, se ha informado de alfas de Cronbach de 0,81 (Cheng *et al.*, 2015) y 0,88 (Fleming y Courtney, 1984) y fiabilidad test-retest de 0,82 (Fleming y Courtney, 1984). En este estudio, el alfa de Cronbach fue de 0,87.

- g) "Cuestionario de habilidades sociales" (CHASO; Caballo *et al.*, 2017). El CHASO es un cuestionario formado por 40 ítems que evalúan 10 habilidades sociales (4 ítems por habilidad): 1) Interactuar con desconocidos, 2) Expresar sentimientos positivos, 3) Afrontar las críticas, 4) Interactuar con las personas que me atraen, 5) Mantener la tranquilidad en situaciones embarazosas, 6) Hablar en público/Interactuar con personas de autoridad, 7) Afrontar situaciones embarazosas, 8) Defender los propios derechos, 9) Pedir disculpas, y 10) Rechazar peticiones. Cada ítem se responde en una escala Likert, desde 1 ("Muy poco característico de mí") hasta 5 ("Muy característico de mí"). No hay ningún ítem formulado en negativo, de forma que la puntuación se obtiene al sumar directamente los ítems. En cada habilidad, la puntuación mínima será de 1 y la máxima de 20. Cuanto más alta sea la puntuación mayor es la habilidad social evaluada. Caballo *et al.* (2017) informan de coeficientes de fiabilidad (dos mitades de Guttman) entre 0,66 y 0,89, y de consistencia interna (α de Cronbach) entre 0,64 y 0,90 para las dimensiones del CHASO y para la puntuación total de 0,86 (Guttman) y 0,88 (α de Cronbach). También se informó de su validez convergente con el "Inventario Rathus de asertividad" (*Rathus Assertiveness Schedule*, RAS) ($r= 0,53$) y su validez nomológica con el "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO) ($r= -0,49$). En este estudio, el alfa de Cronbach para la puntuación total fue de 0,93.
- h) "Cuestionario breve de la Organización Mundial de la Salud sobre calidad de vida" (*World Health Organization Quality of Life, WHOQoL-Bref*; World Health Organization, 1996). El WHOQoL-Bref está formado por 26 ítems que evalúan la percepción del individuo sobre su calidad de vida. Los dos primeros ítems se examinan por separado. El ítem 1 se refiere a la percepción general de su calidad de vida y el ítem 2 a la percepción general de su salud. Los 24 ítems restantes están distribuidos en cuatro áreas, en los que se evalúa la calidad de vida de forma independiente: 1) Salud física (7 ítems), que se refiere a las actividades de la vida diaria, la dependencia de medicamentos, energía y fatiga, movilidad, dolor y malestar, sueño y capacidad de trabajo; 2) Psicológica (6 ítems), referida a la imagen corporal, los sentimientos positivos y negativos, autoestima, espiritualidad y creencias personales, y procesos superiores (pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración); 3) Relaciones sociales (3 ítems), que se refiere a las relaciones personales, el apoyo social y la actividad sexual; y 4) Ambiente (8 ítems), referida a los recursos económicos, la seguridad física, el sistema de seguridad social (acceso y calidad), ambiente familiar, oportunidades para adquirir nuevos conocimientos y habilidades, oportunidades de ocio y actividades en el tiempo libre, ambiente físico (polución, ruido, tráfico, clima) y transporte. Los ítems se contestan en escalas Likert de cinco opciones, pero antes de obtener las puntuaciones en cada área y total, hay que invertir la

valoración de tres ítems. A mayor puntuación mayor calidad de vida en el área correspondiente. En este estudio, el alfa de Cronbach fue 0,92.

Procedimiento

Este estudio cuasiexperimental tiene medidas pre/postratamiento y de seguimiento a los 6 meses, con tres grupos de tratamiento para el trastorno de ansiedad social: 1) programa de intervención multidimensional para la ansiedad social (GIMAS), 2) tratamiento cognitivo conductual individual (GTCC) y 3) tratamiento farmacológico (GFAR).

Se hizo una difusión del programa IMAS a través de redes sociales profesionales y se contactó por correo electrónico con algunos colaboradores (psicólogos) de nuestro equipo en Latinoamérica. Se les planteó la posibilidad de llevar a cabo el programa IMAS u otro que estuvieran aplicando actualmente en sus centros clínicos para tratar a personas con TAS. Los psicólogos que iban a aplicar el programa IMAS recibieron un ejemplar del libro del terapeuta y varios ejemplares del libro del paciente.

Cada profesional colaborador realizó una campaña de difusión del programa de tratamiento psicológico que iba a desarrollar en su localidad, a través de los medios de comunicación disponibles (boletines, notas de prensa, radio, afiches, etc.). Los pacientes que recibieron tratamiento farmacológico fueron invitados a participar cuando acudieron a un hospital en España.

Los posibles candidatos a participar en cualquiera de los tres grupos de tratamiento fueron evaluados siguiendo un protocolo que incluía: 1) una entrevista diagnóstica para el trastorno de ansiedad social (TAS) o fobia social, según los criterios del DSM-5 (APA, 2013) (la "Entrevista clínica semiestructurada para la ansiedad social" [ECSAS]), 2) una batería de cuestionarios entre los que estaban los que miden ansiedad social (el "Cuestionario de ansiedad social para adultos" [CASO] y la "Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme" [LSAS-SR]) además de los que aparecen descritos en el apartado de Instrumentos, y 3) un autoinforme sobre las situaciones sociales acontecidas durante la semana y sus reacciones. Este protocolo de evaluación fue enviado por e-mail a los profesionales colaboradores junto con la base de datos en Excel para registrar la información de los pacientes.

Como único criterio de exclusión para participar en el estudio estaba la presencia de 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 de tratamiento 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. El tratamiento era gratuito. Cada participante recibió y firmó un consentimiento informado para participar en el estudio y lo hizo de forma voluntaria. Más detalles sobre el procedimiento pueden encontrarse en la primera parte de este estudio (Caballo *et al.*, 2021).

GRUPOS DE TRATAMIENTO

Se llevaron a cabo tres grupos de tratamiento: 1) El GIMAS, que recibió el programa de Intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS), un tratamiento en grupo desarrollado recientemente (Caballo, Salazar y Garrido, 2018; Caballo, Salazar, Garrido, *et al.*, 2018) y sobre el que se pretende probar su eficacia para el TAS (Caballo *et al.*, 2021) y la sintomatología asociada; 2) el GTCC individual, que fue aplicado por una psicóloga con experiencia clínica, siguiendo el modelo de Hofmann (2007) y Hofmann y Otto (2008) y 3) el GFAR, que fue aplicado por psiquiatras en un hospital público de España de forma individual con cada paciente, empleando una combinación de psicofármacos (véase Caballo *et al.*, 2021, para una descripción más detallada de este apartado).

En total, conseguimos cinco grupos que aplicaron el IMAS (dos en Ecuador, dos en Paraguay y uno en España), un grupo que utilizó la terapia cognitivo conductual (TCC) (Paraguay) y un grupo que usó la terapia farmacológica (España). Estos dos últimos grupos de tratamiento de comparación estaban compuestos de pacientes con tratamiento individual, pero los consideramos a todos como un solo grupo.

EL PROGRAMA IMAS

El programa *Intervención multidimensional para la ansiedad social* (IMAS) está planteado en formato de intervención grupal, 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 (a los 6 y 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 (*defusion*) de los pensamientos, 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. Para conocer más en profundidad sobre el mismo se puede consultar un resumen en Caballo *et al.* (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 si había diferencias pretratamiento entre hombres y mujeres en alguna de las variables estudiadas en este trabajo. Únicamente encontramos que las mujeres puntuaban significativamente más alto en el área de "Relaciones sociales" del WHOQoL-Bref ($p < 0,05$). Teniendo en cuenta la baja diferencia de las puntuaciones, no lo tuvimos en cuenta a la hora de realizar los análisis.

Por último, comparamos los resultados del GIMAS con los otros dos grupos de tratamiento empleando la U de Man-Whitney para el contraste de medias. Dado el pequeño tamaño muestral del GTCC y del GFAR, estos resultados han de interpretarse como tentativos.

Para hallar la magnitud del efecto de las diferencias pre/postratamiento y postratamiento/seguimiento en el GIMAS utilizamos la *d* de Cohen, mientras que para hallar la magnitud del efecto en esas mismas diferencias en el GTCC y el GFAR, 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:

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

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 GIMAS

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 HABILIDADES SOCIALES EVALUADAS POR EL CHASO

La tabla 1 muestra los resultados del contraste de medias en las puntuaciones del CHASO para el grupo completo ($N= 45$). Las puntuaciones postratamiento fueron significativamente menores ($p < 0,0001$) en todos los casos, excepto en las habilidades para "Expresar sentimientos positivos" y "Pedir disculpas" ($p= 0,052$ y $p= 0,940$, respectivamente). La estadística no paramétrica mostró los mismos resultados, con el añadido que la mejora en la habilidad de "Expresar sentimientos positivos" llega a ser ligeramente significativa ($p < 0,05$). Los tamaños del efecto (d de Cohen) fueron grandes en todas las habilidades (entre 0,91 en las habilidades para "Defender los propios derechos" hasta 1,23 en las habilidades para "Interactuar con desconocidos"), excepto en las habilidades para "Afrontar las críticas" y "Mantener la tranquilidad en situaciones embarazosas" donde el tamaño del efecto fue mediano.

Tabla 1

Diferencias pre/postratamiento del GIMAS ($N= 45$) en el "Cuestionario de habilidades sociales" (CHASO)

Habilidades sociales (CHASO)	Pretratamiento		Postratamiento		Difer.	t	d	IC 95% d	
	M	DT	M	DT				Inf.	Sup.
1.Desconocidos	7,15	2,93	11,00	3,30	-3,84	-7,46	1,23	0,74	1,48
2. Positivos*	11,98	4,36	13,18	3,53	-1,20	-2,00	0,30	0,00	0,60
3. Críticas	10,62	3,81	13,13	3,18	-2,51	-4,39	0,71	0,33	0,97
4. Per. atraen	6,11	3,04	9,73	3,82	-3,62	-6,16	1,05	0,57	1,26
5. Tranquilidad	9,35	3,62	11,75	3,14	-2,40	-4,70	0,71	0,37	1,02
6. Públic/Autor	7,78	2,81	11,29	3,10	-3,51	-7,34	1,19	0,72	1,46
7. Evidencia	7,22	3,27	10,38	2,75	-3,16	-5,18	1,04	0,43	1,10
8. Derechos	8,00	2,98	10,91	3,40	-2,91	-5,88	0,91	0,53	1,22
9. Disculpas*	13,67	3,98	13,71	3,88	-0,04	-0,07	--	--	--
10.Peticiones	9,27	3,93	12,93	2,70	-3,66	-5,27	1,08	0,45	1,13
Total	91,54	20,64	118,39	24,78	-26,84	-6,82	1,18	0,66	1,39

Notes: CHASO= "Cuestionario de habilidades sociales"; Difer.= diferencia de medias entre el pre y el postratamiento; $d= d$ de Cohen; Inf= límite inferior; Sup.= límite superior. Todas las diferencias de medias fueron significativas ($p < 0,0001$), excepto para *2. Expresión de sentimientos positivos y *9. Pedir disculpas, que no llegaron a ser estadísticamente significativas.

Si comparamos la puntuación pretratamiento en las distintas habilidades sociales de los pacientes participantes en el GIMAS con la obtenida por sujetos sin problemas de ansiedad social, como la que aparece en el estudio sobre el desarrollo del CHASO (Caballo *et al.*, 2017), encontramos que los pacientes puntuaban por debajo de la media -1 desviación típica en 9 de las 10 habilidades (únicamente en *Pedir disculpas* puntuaban ligeramente por encima). Cuando comparamos la puntuación postratamiento con la de los sujetos sin problemas de ansiedad social,

vemos que dicha puntuación fue superior a la media +1 desviación típica en todas las habilidades. Este hallazgo indica que los pacientes, después del tratamiento, alcanzaron un nivel de las habilidades sociales similar al mostrado por sujetos sin especiales dificultades en ansiedad social.

DIFERENCIAS EN PREOCUPACIONES, DEPRESIÓN, CONSUMO DE ALCOHOL, SÍNTOMAS DEL APD, SENSIBILIDAD PERSONAL Y AUTOESTIMA

Evaluamos también otras dificultades psicológicas que aparecen relacionadas en la literatura con la ansiedad social, como preocupaciones, síntomas depresivos, consumo de alcohol, sensibilidad personal y autoestima. En todos los casos, las puntuaciones postratamiento fueron estadísticamente significativas y notablemente inferiores excepto en autoestima, donde las puntuaciones en el postratamiento aumentaron, en comparación con las puntuaciones obtenidas antes del tratamiento. Todas las diferencias pre/postratamiento fueron estadísticamente significativas (tabla 2). Estos resultados indican mejoría en todos los aspectos psicológicos evaluados. Por ejemplo, la puntuación media en depresión (BDI-II) pasó de "depresión moderada" en la fase de pretratamiento a "estado no depresivo" en el postratamiento, así como las preocupaciones pasaron de estar por encima del punto de corte (>59) a estar muy por debajo de dicho punto de corte en el postratamiento.

Calculamos el tamaño del efecto de las diferencias pre/postratamiento para averiguar hasta qué punto el programa IMAS había sido eficaz para disminuir estas otras dificultades psicológicas de los pacientes con TAS y vimos que el tamaño del efecto fue grande en síntomas del TPE, síntomas depresivos, preocupaciones y autoestima, fue mediano en sensibilidad personal y pequeño en el consumo de alcohol (tabla 2).

Tabla 2

Diferencias pre/postratamiento del GIMAS (N= 45) en preocupaciones, síntomas depresivos, consumo de alcohol, síntomas del TPE, sensibilidad personal y autoestima

Variables (instrumentos)	Pretratamiento		Postratamiento		Difer.	t	d	IC 95% d	
	M	DT	M	DT				Inf.	Sup.
Preocupaciones (PSWQ)	61,82	12,77	45,75	14,27	16,07	7,33	1,19	0,72	1,47
Síntomas depresivos (BDI-II)	21,45	10,97	8,95	8,68	12,50	9,35	1,26	0,95	1,77
Consumo de alcohol* (AUDIT)	3,55	5,50	2,15	4,17	1,40	3,02	0,29	0,10	0,71
Síntomas del TPE (CTPE)	27,52	5,16	19,89	6,42	7,64	7,63	1,31	0,76	1,52
Sensibilidad personal (CUSPE)	108,78	17,14	91,69	25,42	17,09	5,35	0,79	0,45	1,13
Autoestima (RSES)	25,39	5,42	29,75	5,26	-4,36	-6,40	0,82	0,60	1,32

Notas: PSWQ= "Cuestionario de preocupación del Estado de Pensilvania"; BDI-II= "Inventario de Beck para la depresión-II"; AUDIT= "Cuestionario de identificación de trastornos por consumo de alcohol"; TPE= trastorno de la personalidad por evitación; CTPE= "Cuestionario para el TPE"; CUSPE= "Cuestionario de sensibilidad personal"; RSES= "Escala Rosenberg de autoestima"; Difer.= diferencia de medias entre el pre y el postratamiento; d= d de Cohen; Inf.= límite inferior; Sup.= límite superior. Todas las diferencias de medias fueron significativas ($p < 0,0001$) excepto en * $p < 0,01$.

DIFERENCIAS EN CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA

Un aspecto especialmente importante dentro de nuestra evaluación era el de la calidad de vida (CV) de los pacientes. En todos los casos, las puntuaciones en el WHOQoL fueron mayores en el postratamiento en comparación con las puntuaciones obtenidas antes del tratamiento, indicando mejoría en todas las áreas de la calidad de vida percibida. Todas las diferencias pre/postratamiento fueron estadísticamente significativas (tabla 3).

Tabla 3
Diferencias pre/postratamiento del grupo IMAS (N= 45) en calidad de vida percibida evaluada con el WHOQoL-Bref

WHOQoL-Bref y sus áreas	Pretratamiento		Postratamiento		Difer.	t	d	IC 95% d	
	M	DT	M	DT				Inf.	Sup.
CV global (ítem 1)	2,89	1,00	3,47	0,87	-0,58	-4,35	0,61	0,32	0,97
Salud general (ítem 2)	2,55	0,78	3,35	1,09	-0,80	-6,37	0,84	0,59	1,30
Salud física*	20,75	4,49	23,55	4,54	-2,80	-4,03	0,62	0,28	0,92
Psicológica	15,47	3,92	19,27	4,34	-3,80	-6,53	0,92	0,61	1,33
Relaciones sociales	7,73	2,41	10,35	2,37	-2,62	-7,26	1,09	0,71	1,45
Ambiente	23,77	4,70	27,09	5,84	-3,32	-4,39	0,63	0,33	0,99
Total	73,02	13,89	86,98	15,41	-13,95	-6,59	0,95	0,63	1,35

Notas: WHOQoL-Bref= "Cuestionario breve de la OMS sobre calidad de vida"; CV= calidad de vida; Difer.= diferencia de medias entre el pre y el postratamiento; d= d de Cohen; Inf.= límite inferior; Sup.= límite superior. Todas las diferencias de medias fueron significativas ($p < 0.0001$) excepto en * $p < 0,001$.

Los tamaños del efecto de las diferencias pre/postratamiento fueron de medianos (a partir de 0,61 en el primer ítem que valora la "calidad de vida de forma global") a grandes (hasta 1,09 en el área de "Relaciones sociales") lo que indica que el programa IMAS fue eficaz aumentando la calidad de vida percibida de los participantes, tanto de forma global como en los distintos aspectos que la componen (tabla 3).

Diferencias postratamiento/seguimiento en el GIMAS

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.

DIFERENCIAS EN HABILIDADES SOCIALES EVALUADAS POR EL CHASO

La tabla 4 muestra los resultados del contraste de medias en las puntuaciones del CHASO para el GIMAS (N= 25). Todas las clases de habilidades sociales y la puntuación global del CHASO mostraron un aumento en el seguimiento a los seis

meses. Sin embargo, sólo la puntuación total del CHASO y tres clases específicas de habilidades sociales (de las 10 que evalúa el CHASO) aumentaron de forma significativa ($p < 0,05$). Los tamaños del efecto fueron de pequeños ("Mantener la tranquilidad en situaciones embarazosas" y en la puntuación total del CHASO) a medianos ("Hablar en público/Interactuar con superiores" e "Interactuar con las personas que me atraen").

Tabla 4

Diferencias postratamiento/seguimiento a los seis meses ($N= 25$) en el GIMAS en el "Cuestionario de habilidades sociales" (CHASO)

CHASO y sus dimensiones	Postratamiento		Seguimiento		Difer.	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
1. Interactuar desconocidos	9,96	3,55	11,12	3,18	-1,16	-1,72	0,099
2. Sentimientos positivos	13,36	3,58	14,16	3,50	-0,80	-1,16	0,256
3. Afrontar críticas	13,32	3,00	13,36	2,69	-0,04	-0,11	0,914
4. Interactuar p. atraen**	8,32	3,98	10,68	4,14	-2,36	-3,35	0,003
5. Mantener tranquilidad*	11,12	3,26	12,08	2,97	-0,96	-2,55	0,017
6. Público/Autoridad**	10,24	2,88	11,92	2,45	-1,68	-3,56	0,002
7. Situaciones evidencia	9,37	2,37	9,96	3,38	-0,58	-1,04	0,307
8. Defender derechos	9,88	3,42	10,60	2,89	-0,72	-1,54	0,136
9. Pedir disculpas	13,96	3,52	14,40	2,36	-0,44	-0,83	0,414
10. Rechazar peticiones	12,74	2,09	13,17	2,87	-0,43	-0,73	0,473
CHASO total**	112,26	22,57	121,83	17,93	-9,56	-2,96	0,007

Notas: CHASO= "Cuestionario de habilidades sociales"; Difer.= diferencia de medias entre el postratamiento y el seguimiento a los 6 meses. En negrita, las habilidades del CHASO en el que las diferencias fueron significativas (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$).

DIFERENCIAS EN PREOCUPACIONES, DEPRESIÓN, CONSUMO DE ALCOHOL, SÍNTOMAS DEL TPE, SENSIBILIDAD PERSONAL Y AUTOESTIMA

En cuanto a otras dificultades psicológicas relacionadas con la ansiedad social, encontramos que las preocupaciones, la sensibilidad personal, la autoestima y los síntomas del TPE siguen mejorando a los 6 meses, pero sólo las dos primeras lo hacen de forma significativa ($p < 0,05$), con un tamaño del efecto pequeño. En cuanto al consumo de alcohol y los síntomas depresivos se aprecia un aumento de las puntuaciones a los 6 meses, pero el cambio no es relevante a nivel estadístico ni clínico (tabla 5).

DIFERENCIAS EN LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA

La calidad de vida (CV) percibida por los participantes también fue evaluada a los 6 meses de haber terminado el tratamiento. Las puntuaciones en el WHOQoL a los seis meses muestran que la mitad de las áreas de la CV mejoraron (Ambiente,

Psicológica, CV global), aunque no de forma significativa, y la otra mitad empeoraron (Salud física, Salud general, Relaciones sociales). Entre las áreas que empeoraron, la Salud física fue la única que lo hizo de forma significativa ($p < 0,001$) y esto pudo contribuir a que la puntuación total del cuestionario también disminuyera, indicando una peor CV percibida a los seis meses, aunque sin ser significativa a nivel estadístico (tabla 6).

Tabla 5

Diferencias postratamiento/seguimiento del GIMAS (N= 25) en preocupaciones, síntomas depresivos, consumo de alcohol, síntomas del TPE, sensibilidad personal y autoestima

Variables (instrumentos)	Postratamiento		Seguimiento		Difer.	t	p
	M	DT	M	DT			
Preocupaciones (PSWQ)	54,87	12,69	50,13	11,75	4,74	2,65	0,014
Síntomas depresivos (BDI-II)	12,92	9,41	13,04	10,92	-0,12	-0,08	0,939
Consumo de alcohol (AUDIT)	2,36	5,46	2,60	6,10	-0,24	-0,66	0,513
Síntomas del TPE (CTPE)	24,04	5,64	22,92	4,92	1,12	1,46	0,158
Sensibilidad personal (CUSPE)	109,00	18,41	102,80	19,02	6,20	2,59	0,016
Autoestima (RSES)	25,87	4,65	26,37	2,92	-0,50	-0,40	0,689

Notas: PSWQ= "Cuestionario de preocupación de Pensilvania"; BDI-II= "Inventario de Beck para la depresión-II"; AUDIT= "Cuestionario de identificación de trastornos por consumo de alcohol"; TPE= trastorno de la personalidad por evitación; CTPE= "Cuestionario para el TPE", CUSPE= "Cuestionario de sensibilidad personal"; RSES= "Escala Rosenberg de autoestima"; Difer.= diferencia de medias entre el postratamiento y el seguimiento. En negrita las diferencias significativas ($p < 0,05$).

Tabla 6

Diferencias postratamiento/seguimiento del GIMAS (N= 25) en calidad de vida percibida evaluada con el WHOQoL-Bref

WHOQoL-Bref y sus áreas	Postratamiento		Seguimiento		Difer.	t	p
	M	DT	M	DT			
CV global (ítem 1)	3,24	0,92	3,32	0,75	-0,08	-0,49	0,627
Salud general (ítem 2)	2,84	0,94	2,72	0,89	0,12	0,65	0,524
Salud física	22,32	3,85	18,36	3,41	3,96	4,30	0,000
Psicológica	16,72	2,82	17,44	2,87	-0,72	-1,23	0,230
Relaciones sociales	9,56	2,40	9,20	2,27	0,36	0,91	0,371
Ambiente	25,17	5,11	26,50	4,28	-1,33	-2,01	0,056
Total	79,42	11,37	77,21	10,64	2,21	1,14	0,265

Notas: WHOQoL-Bref= "Cuestionario breve de la OMS sobre calidad de vida"; CV= calidad de vida; Difer.= diferencia de medias entre el pre y el postratamiento. En negrita, las diferencias significativas.

Diferencias pre/postratamiento en el grupo TCC individual

Los análisis pre/postratamiento para el grupo de TCC individual se realizaron por medio de la prueba de rangos de Wilcoxon. Observamos una reducción estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la *preocupación excesiva*, los *síntomas depresivos* y la *alta sensibilidad personal*, así como un aumento significativo ($p < 0,05$) en una de las habilidades sociales (*Interacción con desconocidos*) y en el dominio *Psicológico* de la calidad de vida en el postratamiento en comparación con las puntuaciones del pretratamiento.

Cuando consideramos el tamaño del efecto de las diferencias pre/postratamiento, encontramos que en las cinco variables mencionadas el tamaño del efecto era grande ($r > 0,50$).

Cabe señalar que estos resultados deben considerarse con precaución debido al bajo número de participantes ($N = 7$).

Diferencias pre/postratamiento en el grupo de terapia farmacológica

En cuanto al GFAR, utilizamos también la prueba de rangos de Wilcoxon para analizar las diferencias pre/postratamiento. Los datos indican que sólo la *autoestima* mostró una mejora significativa ($p < 0,05$) en el postratamiento en comparación con su puntuación en el pretratamiento. El tamaño del efecto observado fue grande ($r > 0,50$). Una vez más, tenemos que señalar que estos resultados deben considerarse con precaución debido al bajo número de participantes ($N = 5$).

Comparaciones entre grupos en el postratamiento

Antes de realizar las comparaciones entre el GIMAS y los otros dos grupos en el postratamiento, queremos señalar que en las medidas previas a la intervención no había diferencias significativas entre la GIMAS y el GTCC en las variables evaluadas, excepto en el consumo de alcohol y en cuatro dimensiones y la puntuación global de las habilidades sociales (que fueron mayores en el GTCC). Entre el GIMAS y el GFAR no hubo diferencias significativas en ninguna variable. Por último, entre el GTCC y el GFAR sólo hubo diferencias significativas en dos habilidades sociales y en la calidad de vida, siendo esta última mayor en el GTCC.

DIFERENCIAS ENTRE EL GIMAS Y EL GTCC

Las comparaciones entre las puntuaciones totales de los aspectos psicológicos evaluados en el postratamiento entre el GIMAS y el GTCC revelaron que el GIMAS tuvo una mayor mejoría que el GTCC en cuanto a las habilidades sociales, las preocupaciones, la sensibilidad personal, la calidad de vida, los *síntomas del TPE*, la *autoestima* y el *consumo de alcohol*, siendo los tres últimos los únicos aspectos que mostraron diferencias estadísticas significativas. El GTCC sólo obtuvo mejorías superiores al GIMAS en los síntomas depresivos, sin ser estas diferencias significativas entre ambos grupos (tabla 7).

Tabla 7

Medias y desviaciones típicas en el postratamiento en el GIMAS ($n= 45$) y el GTCC ($n= 7$) en diferentes variables psicológicas y comparación no paramétrica (U de Mann-Whitney) de las diferencias entre estos dos grupos

Variables (instrumentos)	GIMAS		GTCC		Z	p	r
	M	DT	M	DT			
Habilidades sociales (CHASO total)	118,39	24,78	114,14	16,89	0,903	0,366	--
Preocupaciones (PSWQ)	45,75	14,27	48,71	12,84	-0,629	0,529	--
Sínt. depresivos (BDI-II)	8,95	8,68	4,28	4,96	1,592	0,112	--
Consumo de alcohol (AUDIT)	2,15	4,17	5,71	3,90	-2,936	0,003	0,41
Síntomas del TPE (CTPE)	19,89	6,42	28,28	2,29	-2,915	0,003	0,40
Sensibilidad personal (CUSPE)	91,69	25,42	104,86	15,07	-1,541	0,123	--
Autoestima (RSES)	29,42	5,65	24,57	2,99	2,373	0,018	0,33
Calidad de vida (WHOQoL total)	86,99	15,41	78,00	8,83	1,492	0,136	--

Notas: GIMAS= grupo de Intervención multidimensional para la ansiedad social; GTCC= grupo de terapia cognitivo conductual; CHASO= "Cuestionario de habilidades sociales"; PSWQ= "Cuestionario de preocupación del Estado de Pensilvania"; BDI-II= "Inventario de Beck para la depresión-II"; AUDIT= "Cuestionario de identificación de trastornos por consumo de alcohol"; TPE= trastorno de la personalidad por evitación; CTPE= "Cuestionario para el TPE"; CUSPE= "Cuestionario de sensibilidad personal"; RSES= "Escala Rosenberg de autoestima"; WHOQoL-Bref= "Cuestionario breve de la Organización Mundial de la Salud sobre calidad de vida"; r= tamaño del efecto para la U de Mann-Whitney. En negrita, las diferencias significativas entre grupos.

DIFERENCIAS ENTRE EL GIMAS Y EL GFAR

Las comparaciones entre las puntuaciones totales de los aspectos psicológicos evaluados en el postratamiento entre el GIMAS y el GFAR revelan que el GIMAS tuvo una mayor mejoría que el GFAR en todos ellos, siendo estos cambios significativos a nivel estadístico en lo que respecta a los *síntomas depresivos*, los *síntomas del TPE*, la *sensibilidad personal*, la *autoestima* y la *calidad de vida global* (tabla 8).

Discusión

El presente estudio es la continuación de un trabajo recientemente publicado en el que se evaluaba la eficacia del programa IMAS para reducir la ansiedad social en pacientes con TAS (Caballo *et al.*, 2021). En este trabajo, nuestro objetivo era evaluar hasta qué punto dicho programa podía mejorar también algunas condiciones frecuentemente relacionadas con la ansiedad social, como las pocas habilidades sociales (HHSS), las preocupaciones excesivas, los síntomas depresivos, el consumo problemático de alcohol, la alta sensibilidad personal, los síntomas de personalidad evitativa, la baja autoestima y la calidad de vida percibida. Aunque estas variables no aparecen como un objetivo explícito del programa IMAS, pensamos que la mejora en la vida de los pacientes que participaron en el programa

Tabla 8

Medias y desviaciones típicas en el postratamiento en el GIMAS ($n=45$) y el GFAR ($n=5$) en diferentes variables psicológicas y comparación no paramétrica (U de Mann-Whitney) de las diferencias entre estos dos grupos

Variables (instrumentos)	GIMAS		GFAR		Z	p	r
	M	DT	M	DT			
Habilidades sociales (CHASO total)	118,39	24,78	107,20	14,36	1,288	0,198	--
Preocupaciones (PSWQ)	45,75	14,27	56,40	9,23	-1,618	0,106	--
Sínt, depresivos (BDI-II)	87,34	8,36	102,60	11,59	-2,758	0,006	0,39
Consumo de alcohol (AUDIT)	2,15	4,17	3,40	5,27	0,097	0,923	--
Síntomas TPE (CTPE)	19,89	6,42	26,00	5,96	-2,015	0,044	0,28
Sensibilidad personal (CUSPE)*	91,69	25,42	122,67	13,05	-2,066	0,039	0,29
Autoestima (RSES)	29,42	5,65	23,60	4,22	2,053	0,040	0,29
Calidad de vida (WHOQoL total)	86,98	15,41	71,00	10,25	2,147	0,032	0,30

Notas: GIMAS= grupo de Intervención multidimensional para la ansiedad social; GTCC= grupo de terapia cognitivo conductual; CHASO= "Cuestionario de habilidades sociales"; PSWQ= "Cuestionario de preocupación de Pensilvania" (*Penn State Worry Questionnaire*); BDI-II= "Inventario de Beck para la depresión-II" (*Beck Depression Inventory-II*); AUDIT= "Cuestionario de identificación de trastornos por consumo de alcohol" (*Alcohol Use Disorders Identification Test*); CTPE= "Cuestionario para el trastorno de la personalidad por evitación", TPE; CUSPE= "Cuestionario de sensibilidad personal"; RSES= "Escala Rosenberg de autoestima" (*Rosenberg Self-Esteem Scale*); WHOQoL-Bref= "Cuestionario breve de la Organización Mundial de la Salud sobre calidad de vida" (*World Health Organization Quality of Life*); r = tamaño del efecto para la U de Mann-Whitney. En negrita, las diferencias significativas entre grupos.

no se limitaba sólo a la disminución de su ansiedad social, sino que podía ser más general, extendiéndose a otras características que, según se informa en la literatura, se dan frecuentemente junto a la ansiedad social.

La relación entre las *habilidades sociales* y la *ansiedad social* que tanto nosotros como otros autores han encontrado gira de forma consistente en torno a 0,50, lo que implica una asociación relativamente fuerte (p. ej., Caballo *et al.*, 2003, 2014, 2017; Hsu *et al.*, 2012; Lefrançois *et al.*, 2011). Por lo tanto, no es sorprendente que una disminución de la ansiedad social también implique un aumento de las HHSS, sobre todo porque una parte de los tratamientos para la ansiedad social incluyen el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) (p. ej., Beidel *et al.*, 2014; Turner *et al.*, 2003), como también es el caso del programa IMAS. Centrándonos específicamente en el impacto de nuestro programa en el área de las HHSS, encontramos que los pacientes mejoraron en las 10 clases de habilidades que componen el CHASO, así como en la puntuación total del mismo. La mejora fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$) en 8 de ellas, algunas de las cuales son un reflejo cercano de las dimensiones básicas que definen la ansiedad social, como *Interactuar con desconocidos*, *Hablar en público/Interactuar con personas de autoridad*, *Interactuar con personas que nos atraen* o *Afrontar situaciones embarazosas*. Además, el

tamaño del efecto fue grande para 6 habilidades sociales y para la puntuación total y medio para las otras dos habilidades restantes, lo que corrobora que el programa IMAS tiene un impacto importante en la mejora de las mismas. Sólo en las habilidades de *Expresar sentimientos positivos* y *Pedir disculpas* no hubo mejoras significativas. La razón podría ser que estos dos tipos de habilidades no están incluidos en el EHS del programa IMAS y, por lo tanto, no es de esperar que dicho programa tenga un impacto significativo en su mejora. Pero también podría influir el hecho de que los sujetos con ansiedad social no tienen especiales problemas para pedir disculpas, algo que se puede observar en que la media pretratamiento en esta habilidad por parte de los pacientes con ansiedad social se situó en el rango de la media ± 1 desviación típica obtenida por los sujetos sin especiales problemas de ansiedad social (Caballo *et al.*, 2017). En cuanto a la habilidad *Expresión de sentimientos positivos*, los pacientes del grupo IMAS mejoraron significativamente desde el pretratamiento hasta el periodo de seguimiento, lo que indicaría que, aunque no se aborda explícitamente en el programa IMAS, esta habilidad mejora más lentamente y en menor medida que las demás, pero finalmente mejora significativamente (aunque necesite un periodo de tiempo más largo).

Con respecto a otras características evaluadas en el pre y el postratamiento, encontramos que los pacientes disminuyeron sus preocupaciones excesivas, los síntomas depresivos, la alta sensibilidad personal, los síntomas de la personalidad evitativa y aumentaron su autoestima, todo ello de forma significativa ($p < 0,001$) y con un gran tamaño del efecto. También redujeron significativamente el consumo de alcohol ($p < 0,01$), aunque la media de esta variable no indicaba la presencia de un patrón perjudicial o de riesgo en cuanto al consumo de alcohol entre los pacientes con TAS.

Sobre los *síntomas del trastorno de la personalidad por evitación*, la mejora fue claramente significativa, sobre todo teniendo en cuenta que se trata de una condición que algunos autores consideran que es similar a lo que en el DSM-IV (APA, 1994) se denominaba fobia social generalizada (p. ej., Bellack y Hersen, 1990; Bögels *et al.*, 2010; Caballo *et al.*, 2019; Caballo, Salazar, García-López *et al.*, 2014) y que, por tanto, también sería objeto de tratamiento en el programa IMAS.

El impacto en la disminución de los *síntomas depresivos* y las *preocupaciones excesivas* también puede considerarse como un efecto secundario importante del tratamiento, sobre todo teniendo en cuenta que muchos estudios informan de una asociación entre la ansiedad social y los síntomas depresivos (p. ej., Erickson *et al.*, 2016; Flynn *et al.*, 2019; Gregory y Peters, 2017; Heidari y Nemattavousi, 2021; Tyrata *et al.*, 2015), así como entre la ansiedad social y las preocupaciones excesivas (Counsell *et al.*, 2017; Dugas y Robichaud, 2007; Erickson *et al.*, 2016; Starcevic *et al.*, 2007). Consideramos que los resultados positivos obtenidos con el programa IMAS se deben a que los pacientes descubren cómo habían renunciado a vivir de la manera que querían (es decir, según sus valores) a causa del miedo y que con el aprendizaje de diferentes estrategias (atención plena, aceptación, reestructuración y desvinculación de los pensamientos disfuncionales, y aprendizaje de habilidades sociales) pueden reaccionar ahora de una manera distinta hacia sus miedos/pensamientos/sensaciones y son capaces de hacer frente a las situaciones temidas (incluyendo, especialmente, las sociales). Por lo tanto, cabe esperar que a

medida que aumenta el refuerzo positivo de la exposición (y se reduce el refuerzo negativo de la evitación) mejoren sus preocupaciones exageradas y sus síntomas depresivos, tal y como muestran los resultados postratamiento. Específicamente, comparando los tamaños del efecto del programa IMAS con los informados por otros estudios que evalúan la eficacia de alguna forma de TCC sobre los síntomas depresivos en sujetos con TAS (p. ej., Beidel *et al.*, 2014; Rozen *et al.*, 2022; Stangier *et al.*, 2003), vemos que el programa IMAS muestra un rendimiento superior. Sin embargo, es difícil discutir sobre la preocupación patológica, ya que no conocemos el efecto de las intervenciones psicológicas a este respecto en pacientes con TAS. Por lo tanto, la eficacia de la reducción de la preocupación excesiva con el programa IMAS sienta un interesante precedente en este campo.

Por otra parte, la disminución significativa de la *alta sensibilidad personal*, una característica de las personas consideradas altamente sensibles (PAS) y que tendría un importante componente temperamental, nos da una idea de que este rasgo también puede ser modificado por el programa IMAS, aunque a un nivel algo menor que las otras características consideradas más arriba. Quizá el supuesto componente biológico de esta condición pueda limitar la magnitud del cambio, teniendo en cuenta, además, que las situaciones a las que una PAS es especialmente sensible o reacciona de forma exagerada no son sólo sociales. En cualquier caso, el cambio observado en los pacientes del grupo IMAS fue mayor que el mostrado por los pacientes de los otros dos grupos de tratamiento con los que se comparó. Esto nos lleva a pensar que el entrenamiento ofrecido dentro de dicho grupo aumentó la probabilidad de aprender a modificar la forma de reaccionar ante los acontecimientos, ya sean internos o externos, disminuyendo así el sufrimiento que a veces supone experimentar la estimulación con alta intensidad.

El aumento de la *autoestima* fue otro beneficio del programa IMAS. Este resultado sería esperable cuando al final del tratamiento los pacientes se sienten capaces de abordar situaciones que antes no se atrevían y de llevar a cabo nuevas conductas que antes les estaban vedadas. Además, la revisión de sus valores y el cambio cognitivo centrado en lo que pueden hacer y les importa, podrían haber contribuido a mejorar la autoestima de los pacientes. La eficacia del programa IMAS sobre la autoestima de las personas con TAS tiene aún más sentido si tenemos en cuenta los niveles de correlación existentes entre la ansiedad social y la baja autoestima (p. ej., Caballo, Salazar y Equipo de Investigación CISO-A España, 2018; Cheng *et al.*, 2015; Gregory y Peters, 2017; Heidari y Nemattavousi, 2021; Iancu *et al.*, 2015; Nordstrom *et al.*, 2014; Ritter *et al.*, 2013; Schreiber *et al.*, 2012; Sun y Wu, 2011; Tan *et al.*, 2016). Incluso es posible que el valor del cambio se aprecie mejor cuando se observa desde otra perspectiva, como la sugerida por Khanam y Moghal (2012). Estos investigadores observaron que la baja autoestima es un predictor significativo de la ansiedad social, lo que nos llevaría a pensar que al aumentarla habría un menor riesgo de recaída en los pacientes con TAS. La eficacia del programa IMAS en la mejora de la autoestima es comparable e incluso supera la de otras intervenciones de reducción del estrés basadas en la atención plena (MBSR) (véase la revisión de Norton *et al.*, 2015).

La última de las variables evaluadas fue la *calidad de vida* percibida por parte de los pacientes y medida por el WHOQoL-Bref. Los pacientes mejoraron

significativamente su calidad de vida en las cuatro áreas que forman este constructo y en la valoración de los dos aspectos generales (calidad de vida global y salud general) medidos por el cuestionario ($p < 0,001$), con tamaños del efecto entre medianos y grandes. Como era de esperar, las áreas Psicológica y de Relaciones sociales son los que muestran una mayor mejoría, teniendo en cuenta lo que se trabaja dentro del programa IMAS. Si consideramos la puntuación total, la calidad de vida mejoró notablemente para los que participaron en el programa IMAS, con un tamaño del efecto grande ($d > 0,80$). Aunque podríamos esperar que la disminución de la ansiedad social aumentara la calidad de vida de los pacientes, el uso de una medida específica para esa variable confirma la suposición anterior. Esta mejora es comparable e incluso superior a la de otras terapias con pacientes con TAS, como la MBSR y la terapia de grupo basada en la aceptación y la atención plena (MAGT), y muy similar a la informada en estudios con la ACT (véase García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018; Liu *et al.*, 2021; Norton *et al.*, 2015).

Cuando examinamos si los cambios en las variables anteriores persistían con el tiempo, concretamente seis meses después de terminar el tratamiento, comprobamos que era así en casi todas ellas. Algunos incluso siguieron mejorando significativamente. En concreto, los pacientes siguieron mejorando en las 10 habilidades sociales incluidas en el CHASO, incluso significativamente en 3 de ellas y en su puntuación global. Es de suponer que los pacientes siguieron practicando lo aprendido en el programa en su vida diaria, una vez finalizado el mismo, y la mejora no sólo se mantuvo, sino que siguió aumentando con el tiempo. Por otro lado, los pacientes siguieron disminuyendo, de forma significativa, sus preocupaciones y su alta sensibilidad personal a los seis meses en comparación con el postratamiento. En las variables de consumo de alcohol, síntomas depresivos, síntomas de personalidad evitativa y autoestima, los pacientes mantuvieron sus ganancias en el periodo de seguimiento. En cuanto a la calidad de vida, los pacientes mantuvieron sus mejoras seis meses después del final del tratamiento, con una excepción. Hubo un empeoramiento de la Salud física, que se refiere a las actividades de la vida diaria, la dependencia de la medicación, la energía y la fatiga, la movilidad, el dolor y el malestar, el sueño y la capacidad de trabajo. Es posible que acontecimientos ocurridos en el periodo entre el postratamiento y el seguimiento hayan desempeñado un papel en este deterioro. Para aclarar esta cuestión, habría sido muy útil realizar una entrevista individual a todos los pacientes que fueron evaluados seis meses después del final del tratamiento.

La mejoría de todas esas variables significa que el programa IMAS no sólo funcionó para disminuir drásticamente la ansiedad social en los participantes (Caballo *et al.*, 2021), sino que también redujo toda una serie de condiciones negativas que frecuentemente conllevan los pacientes con ansiedad social (como las preocupaciones excesivas, la sintomatología depresiva, la sensibilidad personal excesiva y los síntomas de personalidad evitativa), al tiempo que aumentaron otros aspectos deseables (como las habilidades sociales, la autoestima y la calidad de vida). Los resultados obtenidos con el programa IMAS parecen ganar aún más apoyo si observamos los obtenidos por los otros dos grupos de tratamiento incluidos en este estudio. Si bien es cierto que el número de participantes en el GTCC y en el GFAR es muy reducido, los análisis pre/postratamiento dentro de cada grupo mostraron

que sus mejoras en todas estas variables relacionadas con la ansiedad social se producen en menor grado. En el GTCC, los pacientes mejoraron su preocupación excesiva, los síntomas depresivos, la alta sensibilidad personal, la habilidad social de Interactuar con extraños y el área Psicológica de la calidad de vida, con tamaños del efecto que indican que los cambios fueron grandes. Estos datos indicarían que la TCC individual funciona bastante bien a la hora de abordar síntomas psicopatológicos comórbidos con el TAS. Sin embargo, en el GFAR, los datos posteriores al tratamiento indican que la única mejora fue en la autoestima, siendo el tamaño del efecto grande. Parece que la intervención farmacológica no sería tan eficaz para reducir otros aspectos psicopatológicos que acompañan al TAS, algo esperable dada la especificidad sintomatológica de los fármacos.

Al realizar las comparaciones entre los grupos, encontramos que el GIMAS obtuvo resultados significativamente mejores que el GTCC en la reducción del consumo de alcohol, la disminución de los síntomas de personalidad evitativa y el aumento de la autoestima. En el resto de las variables las diferencias no fueron significativas entre los dos grupos, aunque las puntuaciones medias mostraron que los pacientes del GIMAS estaban en mejores condiciones psicológicas que los del GTCC, excepto en los síntomas depresivos. En cuanto al GFAR, los resultados del GIMAS fueron significativamente mejores en la disminución de los síntomas depresivos, la sensibilidad personal excesiva, los síntomas de personalidad evitativa y en el aumento de la autoestima y la calidad de vida de los pacientes. Podríamos decir que, en general, los pacientes que siguieron el programa IMAS tuvieron mejores resultados que los pacientes que siguieron alguno de los otros dos tratamientos en toda una serie de síntomas psicopatológicos asociados habitualmente al TAS. Sin embargo, debemos ser cautelosos de nuevo con los resultados de la comparación entre grupos, dado el bajo número de participantes en el GTCC y el GFAR. Esta sería una de las limitaciones del estudio, que esperamos abordar en futuras publicaciones. Siguiendo con las limitaciones del estudio, también nos gustaría señalar que no contamos con un grupo de control en lista de espera ni, por circunstancias ajenas a nuestra voluntad, obtuvimos datos posteriores al tratamiento de todos los países que iniciaron el programa IMAS.

Para concluir, nos gustaría insistir en el importante impacto del programa IMAS sobre otras variables distintas a la ansiedad social, pero asociadas a ella. Este programa no sólo reduce drásticamente este último problema en los sujetos participantes (véase Caballo *et al.*, 2021), sino que también tiene un efecto significativo en otros aspectos de la vida de los pacientes, mejorando las habilidades sociales, la excesiva sensibilidad personal, los síntomas depresivos, el consumo de alcohol, las preocupaciones excesivas, la autoestima y, en general, su calidad de vida. En definitiva, podríamos considerar el programa IMAS como un programa de tratamiento de amplio espectro, centrado en la ansiedad social, pero con ramificaciones en la mejora de otros problemas asociados a la misma.

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
- Alden, L. E., Laposa, J. M., Taylor, C. T. y Ryder, A. G. (2002). Avoidant personality disorder: current status and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 16(1), 1-29. doi: 10.1521/pedi.16.1.1.22558
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4^a ed. (DSM-IV). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5^a ed. (DSM-5). Arlington, VA: Autor.
- Arditte Hall, K. A., Quinn, M. E., Vanderlind, W. M. y Joormann, J. (2019). Comparing cognitive styles in social anxiety and major depressive disorders: an examination of rumination, worry, and reappraisal. *The British Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 231-244. doi: 10.1111/bjc.12210
- Aron, E. (1996). *The highly sensitive person: how to thrive when the world overwhelms you* (ed. rev.). Nueva York, NY: Broadway Books.
- Aron, E. N. (1999). *The highly sensitive person's workbook*. Nueva York, NY: Broadway Books.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. y Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria* (2^a ed.). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Bartholomay, E. M., Stone, B. M. y Lyons, G. A. (2021). Depression and social anxiety symptoms explain substance use problems beyond amount/frequency of substance use. *Current Psychology*. doi: 10.1007/s12144-021-01984-1
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R. y Wittchen, H. -U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903-912. doi: 10.1001/archpsyc.64.8.903
- Beidel, D. C., Alfano, C. A., Kofler, M. J., Rao, P. A., Scharfstein, L. y Wong Sarver, N. (2014). The impact of social skills training for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 908-918. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.09.016
- Bellack, A. S. y Hersen, M. (1990). Editorial commentary: social phobia. En A. S. Bellack y M. Hersen (dirs.), *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (pp. 240-241). Nueva York, NY: Wiley.
- Benham, G. (2006). The highly sensitive person: stress and physical symptom reports. *Personality and Individual Differences*, 40(7), 1433-1440. doi: 10.1016/j.paid.2005.11.021
- Blascovich, J. y Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. En J. P. Robinson, P. R. Shaver y L. S. Wrightsman (dirs.), *Measures of personality and social psychological attitudes. Volume 1 in Measures of social psychological attitudes series* (pp. 115-160). San Diego, CA: Academic Press.
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B. y Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 168-189. doi: 10.1002/da.20670
- Caballo, V. E., Arias, B., Salazar, I. C., Iruiria, 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., Olivares, J., López-Gollonet, C., Iruña, M. J. y Rosa, A. I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 11(3), 539-562.
- Caballo, V. E. y Salazar, I. C. (2018). *Cuestionario de sensibilidad personal (CUSPE)* [manuscrito sin publicar]. Fundación VECA, Granada, España.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Iruña, M. J., Calderero, M. y CISO-A España, Equipo de Investigación. (2010). Validation of the "Social Anxiety Questionnaire for Adults" (SAQ-A30) with Spanish university students: similarities and differences among degree subjects and regions. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18(1), 5-34.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Curtiss, J., Gómez, R. B., Rossitto, A. M., Coello, M. F., Herrera, J. S., Gamarra, O., Sanguino, R., Arias, V. B., Hofmann, S. G. y MISA Research Team (2021). International application of the "Multidimensional Intervention for Social Anxiety" (MISA) program: I. Treatment effectiveness in patients with social anxiety. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 29(3), 517-547. doi: 10.51668/bp.8321301n
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Equipo de Investigación CISO-A España (2017). Desarrollo y validación de un nuevo instrumento para la evaluación de las habilidades sociales: el "Cuestionario de habilidades sociales" (CHASO). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(1), 5-24.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Equipo de Investigación CISO-A España (2018). La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26(1), 23-53.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., García-López, L. J., Iruña, M. J. y Arias, B. (2014). Trastorno de ansiedad social (fobia social): características clínicas y diagnósticas. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrolles (dirs), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2ªed.) (pp. 183-217). Madrid: Pirámide.
- 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., Iruiria, M. J., Olivares, P. y Olivares, J. (2014). The relationship between social skills and social anxiety and personality styles/disorders. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(3), 401-422.
- Cheng, G., Zhang, D. y Ding, F. (2015). Self-esteem and fear of negative evaluation as mediators between family socioeconomic status and social anxiety in Chinese emerging adults. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(6), 569-576. doi: 10.1177/0020764014565405
- Cludius, B., Stevens, S., Bantin, T., Gerlach, A. L. y Hermann, C. (2013). The motive to drink due to social anxiety and its relation to hazardous alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 806-813. doi: 10.1037/a0032295
- Counsell, A., Furtado, M., Iorio, C., Anand, L., Canzonieri, A., Fine, A., Fotinos, K., Epstein, I. y Katzman, M. A. (2017). Intolerance of uncertainty, social anxiety, and generalized anxiety: differences by diagnosis and symptoms. *Psychiatry Research*, 252, 63-69. doi: 10.1016/j.psychres.2017.02.046
- 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
- Dugas, M. J. y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice*. Nueva York, NY: Routledge.
- Erickson, T. M., Newman, M. G., Siebert, E. C., Carlile, J. A., Scarsella, G. M. y Abelson, J. L. (2016). Does worrying mean caring too much? Interpersonal prototypicality of dimensional worry controlling for social anxiety and depressive symptoms. *Behavior Therapy*, 47(1), 14-28. doi: 10.1016/j.beth.2015.08.003
- 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
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Benjamin, L. S. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson. (Orig. 1997).
- Fleming, J. S. y Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(2), 404-421. doi: 10.1037/0022-3514.46.2.404
- Flynn, M. K., Bordieri, M. J. y Berkout, O. V. (2019). Symptoms of social anxiety and depression: acceptance of socially anxious thoughts and feelings as a moderator. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, 44-49. doi: 10.1016/j.jcbs.2018.12.002
- 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.
- Gregory, B. y Peters, L. (2017). Unique relationships between self-related constructs, social anxiety, and depression in a non-clinical sample. *Behaviour Change*, 34(2), 117-133. doi: 10.1017/bec.2017.9
- Ham, L. S., Bonin, M. y Hope, D. A. (2007). The role of drinking motives in social anxiety and alcohol use. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 991-1003. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.10.014
- Ham, L. S. y Hope, D. A. (2005). Incorporating social anxiety into a model of college student problematic drinking. *Addictive Behaviors*, 30(1), 127-150. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.04.018
- Ham, L. S. y Hope, D. A. (2006). Incorporating social anxiety into a model of college problem drinking: replication and extension. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 348-355. doi: 10.1037/0893-164X.20.3.348

- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experimental approach to behavior change*. Nueva York, NY: Guilford.
- Hedges, D. W., Brown, B. L., Shwalb, D. A., Godfrey, K. y Larcher, A. M. (2007). The efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in adult social anxiety disorder: a meta-analysis of double-blind, placebo-controlled trials. *Journal of Psychopharmacology*, 21(1), 102-111. doi: 10.1177/0269881106065102
- Heidari, P. y Nemattavousi, M. (2021). Behavioral inhibition/activation systems and self-esteem with depression: the mediating role of social anxiety. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 39, 375-389. doi: 10.1007/s10942-020-00378-9
- 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.
- Hong R. Y. (2007). Worry and rumination: differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 277-290. doi: 10.1016/j.brat.2006.03.006
- Hsu, L., Woody, S. R., Lee, H. J., Peng, Y., Zhou, X. y Ryder, A. G. (2012). Social anxiety among East Asians in North America: East Asian socialization or the challenge of acculturation? *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 18(2), 181-191. doi: 10.1037/a0027690
- Iancu, I., Bodner, E. y Ben-Zion, I. Z. (2015). Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 165-171. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.11.018.
- 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.
- Khanam, S. J. y Moghal, F. (2012). Self-esteem as a predictor of fear of negative evaluation and social anxiety. *Pakistan Journal of Psychology*, 43(1), 91-100.
- Kimbrel, N. A., Nelson-Gray, R. O. y Mitchell, J. T. (2012). BIS, BAS, and bias: the role of personality and cognitive bias in social anxiety. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 395-400. doi: 10.1016/j.paid.2011.10.041.
- 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
- Lefrançois, C., Van Dijk, A., Bardel, M., Fradin, J. y El Massioui, F. (2011). L'affirmation de soi revisitée pour diminuer l'anxiété sociale [Reviewing self-confidence in order to reduce social anxiety]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 21(1), 17-23. doi: 10.1016/j.jtcc.2010.11.003
- 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
- MacKenzie, M. B. y Fowler, K. F. (2013). Social anxiety disorder in the Canadian population: exploring gender differences in sociodemographic profile. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 427-434. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.05.006
- Marsh, H. W. y O'Mara, A. (2008). Reciprocal effects between academic self-concept, self-esteem, achievement, and attainment over seven adolescent years: unidimensional and multidimensional perspectives of self-concept. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(4), 542-552. doi: 10.1177/0146167207312313
- 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
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495. doi: 10.1016/0005-7967(90)90135-6
- Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, O. y Aberg Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(2), 142-154. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00839.x
- Mörtberg, E. y Jansson Fröjmark, M. (2019). Psychometric evaluation of the Social Phobia Inventory and the Mini-Social Phobia Inventory in a Swedish university student sample. *Psychological Reports*, 122(1), 323-339. doi: 10.1177/0033294118755097
- Nordstrom, A. H., Swenson Goguen, L. M. y Hiestler, M. (2014). The effect of social anxiety and self-esteem on college adjustment, academics, and retention. *Journal of College Counseling*, 17(1), 48-63. doi: 10.1002/j.2161-1882.2014.00047.x
- 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
- Nuevo, R., Montorio, I. y Ruiz, M. A. (2002). Aplicabilidad del Inventario de preocupación de Pensilvania (PSWQ) a población de edad avanzada. *Ansiedad y Estrés*, 8(2/3), 157-172.
- 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
- Papachristou, H., Aresti, E., Theodorou, M. y Panayiotou, G. (2018). Alcohol outcome expectancies mediate the relationship between social anxiety and alcohol drinking in university students: the role of gender. *Cognitive Therapy and Research*, 42(3), 289-301. doi: 10.1007/s10608-017-9879-0
- Pignon, B., Amad, A., Pelissolo, A., Fovet, T., Thomas, P., Vaiva, G., Roelandt, J.-L., Benradia, I., Rolland, B. y Geoffroy, P. A. (2018). Increased prevalence of anxiety disorders in third-generation migrants in comparison to natives and to first-generation migrants. *Journal of Psychiatric Research*, 102, 38-43. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.03.007
- Poniah, 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
- Quevedo, L., de Mola, C., Pearson, R., Murray, J., Hartwig F., Goncalves, H., Pinheiro, R., Gigante, D., Motta, J., de Quadros, L., Barros, F. y Horta, B. L. (2020). Mental disorders, comorbidities, and suicidality at 30 years of age in a Brazilian birth cohort. *Comprehensive Psychiatry*, 102. doi: 10.1016/j.comppsy.2020.152194
- Ratnani, I. J., Vala, A. U., Panchal, B. N., Tiwari, D. S., Karambelkar, S. S., Sojitra, M. G. y Nagori, N. N. (2017). Association of social anxiety disorder with depression and quality of life among medical undergraduate students. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(2), 243-248. doi: org/10.4103/2249-4863.21999 2
- Ritter, V., Ertel, C., Beil, K., Steffens, M. C. y Stangier, U. (2013). In the presence of social threat: implicit and explicit self-esteem in social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 1101-1109. doi: 10.1007/s10608-013-9553-0
- Rosenberg, M. (1962). The association between self-esteem and anxiety. *Journal of Psychiatric Research*, 1(2), 135-152. doi: 10.1016/0022-3956(62)90004-3

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. y Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141-156. doi: 10.2307/2096350
- Rozen, N., Gilboa-Schechtman, E., Marom, S., Hermesh, H. y Aderka, I. M. (2022). Comorbid major depressive disorder in cognitive-behavior group treatment for social anxiety disorder: an examination of processes of symptom change. *Psychotherapy*, 59(1), 48-56. doi: 10.1037/pst0000413
- 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.
- Salazar, I. C., Roldán, G. M., Garrido, L. y Ramos-Navas Parejo, J. M. (2014). La asertividad y su relación con los problemas emocionales y el desgaste en profesionales sanitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(3), 523-549.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Lostao, L. (2009). Validación española del Cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 107-122. doi: 10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4070
- Schry, A. R. y White, S. W. (2013). Understanding the relationship between social anxiety and alcohol use in college students: a meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 38(11), 2690-2706. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.06.014
- Schneier, F. R., Foose, T. E., Hasin, D. S., Heimberg, R. G., Liu, S. M., Grant, B. F. y Blanco, C. (2010). Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 40(6), 977-988. doi: 10.1017/S0033291709991231
- Schreiber, F., Bohn, C., Aderka, I. M., Stangier, U. y Steil, R. (2012). Discrepancies between implicit and explicit self-esteem among adolescents with social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(4), 1074-1081. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.05.003
- Segal, Z., Williams, J. y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. Nueva York, NY: Guilford.
- Smith, J. P. y Randall, C. L. (2012). Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Research: Current Reviews*, 34(4), 414-431.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W. y Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 991-1007. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00176-6
- Stapinski, L. A., Rapee, R. M., Sannibale, C., Teesson, M., Haber, P. S. y Baillie, A. J. (2014). The clinical and theoretical basis for integrated cognitive behavioral treatment of comorbid social anxiety and alcohol use disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 504-521. doi: 10.1016/j.cbpra.2014.05.004
- Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Hannan, A., Lamplugh, C. y Eslick, G. D. (2007). Pathological worry, anxiety disorders and the impact of co-occurrence with depressive and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 1016-1027. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.10.015
- 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
- Sun, X. L. y Wu, M. Z. (2011). Chinese Relationships between self-esteem, rejection sensitivity, interpersonal trust and social anxiety of undergraduates. *Journal of Clinical Psychology*, 19(4), 537-539.
- Tan, J., Lo, P., Ge, N. y Chu, C. (2016). Self-esteem mediates the relationship between mindfulness and social anxiety among Chinese undergraduate students. *Social Behavior and Personality*, 44(8), 1297-1304. doi: 10.2224/sbp.2016.44.8.1297
- 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
- Turner, S. M., Beidel, D.C. y Flood, A. M. (2003). El tratamiento de adultos con fobia social: Desarrollo, aplicación y resultados de la terapia para la eficacia social. *Psicología Conductual*, 11(3), 583-598
- Tyrała, K., Seweryn, M., Bonk, M., Bulska, W., Orszulak, K., Bratek, A. y Krysta, K. (2015). Evaluation of the utility of Liebowitz Social Anxiety Scale and Barratt Impulsiveness Scale in the diagnosis of social anxiety, impulsivity and depression. *Psychiatria Danubina*, 27, S223-S226.
- Vassilopoulos, S., Brouzos, A. y Moberly, N. (2015). The relationships between metacognition, anticipatory processing, and social anxiety. *Behaviour Change*, 32(2), 114-126. doi: 10.1017/bec.2015.4
- Villarosa, M. C., Moorer, K. D., Madson, M. B., Zeigler-Hill, V. y Noble, J. J. (2014). Social anxiety and alcohol-related negative consequences among college drinkers: do protective behavioral strategies mediate the association? *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(3), 887-892. doi: 10.1037/a0037628
- Widiger, T. A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: a commentary on three studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 340-343. doi: 10.1037//0021-843x.101.2.340
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version*. Ginebra: Autor.

RECIBIDO: 12 de abril de 2021

ACEPTADO: 30 de julio de 2021