

UNA NUEVA INTERVENCION MULTIDIMENSIONAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL: EL PROGRAMA IMAS

Vicente E. Caballo¹, Isabel C. Salazar¹ y Stefan G. Hofmann²

¹*Universidad de Granada (España);* ²*Boston University (USA)*

Resumen

Se presenta un nuevo programa de tratamiento para la ansiedad social, específicamente para el trastorno de ansiedad social (fobia social) y el trastorno de personalidad por evitación. Su nombre, *Intervención multidimensional para la ansiedad social* (IMAS), indica que gira alrededor de las cinco dimensiones que nuestro equipo de investigación encontró trabajando en ansiedad social con 20 países durante más de 15 años, como son: 1) Interacción con desconocidos, 2) Interacción con el sexo opuesto, 3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, 4) Quedar en evidencia/Hacer el ridículo, y 5) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad. Incorpora tanto técnicas tradicionales de la terapia cognitivo conductual como estrategias de las terapias de tercera generación. El programa IMAS se aplica en formato grupal a lo largo de 15 sesiones de tratamiento de 2,5 horas cada una, más una sesión de apoyo y las sesiones de evaluación pre/postratamiento y seguimiento. Creemos que en estos momentos constituye el mejor programa de tratamiento para la ansiedad social y en los próximos meses estaremos en disposición de demostrar esta afirmación.

PALABRAS CLAVE: *programa IMAS, intervención multidimensional, ansiedad social, fobia social.*

Abstract

This article presents a new treatment program for social anxiety, specifically for social anxiety disorder (social phobia) and avoidance personality disorder. Its name, *Multidimensional Intervention for Social Anxiety (MISA)*, indicates that it revolves around the five dimensions that our research team found working on social anxiety with participants from 20 countries for more than 15 years, namely (1) Interaction with strangers, (2) Interaction with the opposite sex, (3) Assertive expression of annoyance, disgust, or displeasure, (4) Embarrassment or criticism, and (5) Speaking in public/interaction with persons of authority. It incorporates both traditional techniques of cognitive behavioral therapy and strategies of third-generation therapies. The MISA program is applied in a group format through 15 treatment sessions of 2.5 hours each, plus one booster session, and pre/post-treatment and follow-up assessment sessions. We believe that it is currently the best treatment program available for social anxiety and in the coming months we will be able to substantiate this claim.

KEY WORDS: *MISA Program, multidimensional intervention, social anxiety, social phobia.*

Introducción

La ansiedad social constituye un problema ampliamente extendido hoy día. Su expresión clínica se recoge en los sistemas de clasificación con el nombre de trastorno de ansiedad social (TAS) o fobia social. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastorno mentales (DSM-5) (APA, 2013) lo define como un “temor o ansiedad intensos en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a la posible evaluación por parte de otras personas” (p. 202). En esta definición, la APA incluye tres tipos de situaciones temidas por un individuo con TAS: “las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas desconocidas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla)” (p. 202). En general, el sujeto tiene que hacer algo mientras sabe que los demás le estarán observando y, en cierta medida, evaluando su conducta. La característica distintiva de quien tiene un TAS es el temor a ser juzgado por los demás, es decir, temor ante la perspectiva de ser observado y evaluado por otras personas, y, especialmente, cuando manifiesta ansiedad al llevar a cabo ciertas actividades en presencia de los demás, lo que será embarazoso o humillante. Esas actividades pueden incluir comer, beber, escribir, firmar, utilizar aseos públicos, trabajar o viajar en transportes públicos, andar frente a los demás o simplemente que le miren. Durante estas actividades la preocupación es que se den cuenta de que está ansioso, que se ruborice, tiemble o muestre cualquier otra señal física de ansiedad, que le vean desmayarse o que parezca enfermo, lo que puede conducir a una evaluación negativa (Caballo, Salazar, García-López, Irurtia y Arias, 2014). Esto es claramente fobia “social”, porque los sujetos con este trastorno no tienen dificultades cuando realizan las mismas tareas en privado. “La conducta se deteriora sólo cuando los demás les están observando” (Barlow, 2002, p. 456). No obstante, este temor a ser evaluado negativamente también aparece de forma acuciada cuando interactúan (o existe la posibilidad de hacerlo) con otras personas. En esos casos sus temores se relacionan con las ideas que temen se forme el otro respecto a ellos. Sus anticipaciones se refieren a que los demás puedan pensar que son incompetentes, torpes, incapaces, que no son válidos, etc.

El porcentaje de personas que sufre un TAS parece variar notablemente entre países (p. ej., de un 0,6% en España a un 7% en los Estados Unidos) (Kessler y Üstün, 2008), aunque es posible que el porcentaje de individuos con fobia social esté infraestimado. Las razones expuestas por algunos autores (p. ej., Heimberg, 1990; Heimberg, Dodge y Becker, 1987) para esa infraestimación son las siguientes. Primero, los sujetos con fobia social pueden rehuir el tratamiento debido a la idea de que hablar abiertamente sobre sí mismos puede provocar el temor a ser observados. Segundo, esos sujetos pueden considerar que sus problemas no se pueden solucionar, que son tímidos de carácter (“así soy yo”) y que no podrán cambiar (“así he sido siempre”). Tercero, los sujetos con fobia social pueden acudir para el tratamiento por depresión, alcoholismo y otros abusos de sustancias psicoactivas en vez de hacerlo debido a un TAS. Boyd *et al.* (1990) opinan que el porcentaje tan bajo de sujetos con fobia social que reciben tratamiento podría deberse a la evitación de los médicos o de los psicólogos como una característica más de la evitación de las interacciones sociales en los sujetos con TAS. Otra

posibilidad es que la fobia social no sea tan perturbadora como otros trastornos psicológicos con los que puede ocurrir de forma comórbida (p. ej., trastorno de depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por consumo de sustancias) y que las personas que la padecen decidan sobrellevar sus vidas mal que bien en vez de afrontar las dificultades que conlleva el TAS y aprender nuevas formas más auténticas de vivir sus vidas.

Aunque a nivel de tratamiento ha habido importantes avances, disponiéndose hoy de intervenciones claramente eficaces (*Society of Clinical Psychology, APA, Division 12*, 2018), no está tan clara la evolución del TAS a nivel del concepto teórico desde que empezó a utilizarse en el ámbito clínico (Janet, 1903, 1909) ni de su evaluación. Así, por ejemplo, la última versión del sistema de clasificación del DSM (DSM-5) eliminó el subtipo de fobia social generalizada (“temor a la mayoría de las situaciones sociales”) e incluyó uno nuevo, el subtipo de fobia social de sólo actuación (“cuando el temor se limita a hablar o actuar en público”). Creemos que este cambio no está basado en datos empíricos e incluso desatiende a datos aportados por estudios con población española, portuguesa y latinoamericana (Caballo *et al.*, 2012, 2015; Caballo, Salazar, Arias, *et al.*, 2010; Caballo, Salazar, Irurtia, *et al.*, 2010; Caballo, Salazar, Nobre-Sandoval, *et al.*, 2017; Caballo, Salazar, Robles, Irurtia y Equipo de Investigación CISO-A México, 2016; Salazar, Caballo, Arias y Equipo de Investigación CISO-A Chile, 2018; Salazar, Caballo, Arias y Equipo de Investigación CISO-A Colombia, 2016), lo que constituye un retroceso en el concepto de TAS. En estos momentos, y si hiciéramos caso al DSM-5, no habría diferencias diagnósticas entre un sujeto que teme únicamente a un tipo de situaciones sociales (salvo que fueran situaciones de hablar o actuar en público) y aquél que teme a la mayoría de las situaciones sociales, cuando, a nivel clínico, las diferencias son enormes. Además, no está claro por qué el “hablar o actuar en público” constituye un tipo especial de situación social y no otras clases de situaciones como pueden ser la “interacción con desconocidos” o el “temor a hacer el ridículo”. Nuestras investigaciones sobre ansiedad social durante 15 años con más de 50.000 participantes no clínicos y más de 1.000 pacientes en 20 países no arrojan características especiales al tipo de situaciones que tienen que ver con hablar o actuar en público (Caballo *et al.*, 2012, 2015; Caballo, Salazar, Arias, *et al.*, 2010; Caballo, Salazar, Irurtia, *et al.*, 2010). Dudamos que este cambio introducido en el DSM-5 constituya algún avance en la comprensión del TAS.

Por otra parte, existe un importante solapamiento entre el diagnóstico de TAS y el de trastorno de la personalidad por evitación (TPE). La eliminación del subtipo generalizado en el DSM-5 (APA, 2013) no ayuda tampoco a esa diferenciación, dado que con el término TAS se está incluyendo desde el temor a una situación social al temor a la mayoría de las situaciones sociales y este temor generalizado es el que caracteriza al TPE. “Parece poco lógico tener dos categorías nosológicas distintas que muestran la misma fenomenología y responden más o menos a los mismos tratamientos, especialmente en ausencia de datos claros sobre las diferencias en la etiología o en el curso” (Bellack y Hersen, 1990, pp. 240-241). Tanto los individuos con TPE como los que tienen TAS están muy preocupados por las percepciones que los demás tengan de ellos, desean en exceso la aceptación de los demás, sufren un deterioro laboral o social por sus temores sociales y les inquieta sobremanera que

los demás descubran sus deficiencias. Como señalaba Widiger (1992), “una persona que satisface los criterios de la fobia social generalizada y del TPE no sufre dos trastornos mentales comórbidos, sino simplemente un trastorno que satisface los criterios de dos diagnósticos diferentes” (p. 341).

Otra cuestión controvertida es que en el área de la evaluación de la ansiedad social, nuestras investigaciones han establecido cinco dimensiones básicas de la misma: 1) Interacción con desconocidos, 2) Interacción con el sexo opuesto, 3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, 4) Quedar en evidencia/Hacer el ridículo, y 5) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad. Estas dimensiones deberían ser consideradas siempre al evaluar ese constructo, pero ~~que~~ nunca se encuentran completas en los cuestionarios que habitualmente se utilizan para tal fin, como la “Escala de ansiedad social de Liebowitz” (*Liebowitz Social Anxiety Scale*, LSAS; Liebowitz, 1987), el “Inventario de ansiedad y fobia social” (*Social Phobia and Anxiety Inventory*, SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989), el “Inventario de fobia social” (*Social Phobia Inventory*, SPIN; Connor *et al.*, 2000), la “Escala de ansiedad en la interacción social” (*Social Interaction Anxiety Scale*, SIAS; Mattick y Clarke, 1998), la “Escala de fobia social” (*Social Phobia Scale*, SPS; Mattick y Clarke, 1998) o la “Escala breve de fobia social” (*Brief Social Phobia Scale*, BSPS; Davidson *et al.*, 1991). Así, sólo dos de esas dimensiones, *Interacción con desconocidos* y *Hablar en público*, surgen como dimensiones consistentes en los cuestionarios más empleados en todo el mundo (SPAI, LSAS, SPIN, SIAS, SPS y BPS). Curiosamente, la dimensión de *Interacción con el sexo opuesto* no fue identificada en la estructura factorial de ninguna esas medidas. Esto parece sorprendente, dada la importancia de este problema en las vidas de individuos con ansiedad/fobia social. Esos cuestionarios incluyen muy pocos ítems, si es que hay alguno, que se ocupen de la ansiedad en la interacción social con el sexo opuesto. Por ejemplo, la SPS y el SPIN no incluyen ningún ítem y la SIAS y la LSAS incluyen un único ítem que evalúa este problema. El SPAI, por su parte, incluye 17 de los 96 ítems. Sin embargo, estos 17 ítems son realmente subítems agrupados en cada ítem con otros tres subítems (miedo a los extraños, personas con autoridad, y la gente en general) para dar la puntuación media de 17 ítems de nivel “superior”. Entendemos que esto es una limitación del procedimiento de corrección del SPAI (Caballo, Salazar, Irurtia, *et al.*, 2010).

Otra dimensión que aparece con poca frecuencia en los cuestionarios tradicionales que evalúan ansiedad social es la *Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado*. El SPIN, el SPAI y la SPS no incluyen ningún ítem sobre este problema y la SIAS sólo tiene un ítem. Únicamente la LSAS incluye algunos ítems sobre asertividad. De nuevo, esto es un dato sorprendente dada la importancia de los problemas de asertividad en la ansiedad social (Caballo, Salazar, Irurtia, *et al.*, 2010).

Finalmente, la dimensión de *Quedar en evidencia/Hacer el ridículo* suele estar representada en exceso en los cuestionarios existentes, aunque generalmente difieran en los nombres que le ponen a esta dimensión. A pesar de que el miedo a ser observado es una preocupación importante entre los individuos con ansiedad social, las medidas parecen enfatizar en exceso este tema mientras omiten otras

áreas problemáticas. Por ejemplo, la mayoría de los ítems de la SPS y del SPIN lidian con el temor a situaciones embarazosas (Caballo, Salazar, Iruña, *et al.*, 2010).

Existen también ciertas situaciones sociales incluidas en la mayoría de los instrumentos de autoinforme vistos anteriormente que puede que no se apliquen a España y los países latinoamericanos. Por ejemplo, la situación de “beber en público” no parece ser una preocupación típica entre las personas socialmente ansiosas en esos países. Las personas de países latinoamericanos pasan una parte importante de su tiempo de ocio fuera de sus hogares por la noche, sentados afuera o en bares, bebiendo en público. Por lo tanto, beber en público rara vez es un problema, incluso entre individuos socialmente fóbicos. Un problema mayor en esas culturas es no tener amigos con los que participar en esta actividad. No creemos que ítems como beber en público reflejen un comportamiento representativo de personas socialmente ansiosas en los países de habla española y portuguesa. Se pueden plantear preocupaciones similares con algunos otros elementos, como el uso de baños públicos. Tenemos la impresión de que la “paruresis” (incapacidad para orinar en un baño público) no es un problema importante en las culturas española y latinoamericana.

Teniendo en cuenta todos los problemas anteriores, nuestro equipo desarrolló el “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO) donde se evitan algunos ítems poco representativos y se encuentran presentes las cinco dimensiones que indicamos anteriormente (Caballo *et al.*, 2012, 2015; Caballo, Salazar, Arias, *et al.*, 2010; Caballo, Salazar, Iruña, *et al.*, 2010). Los resultados obtenidos con este cuestionario, validado en España, Portugal y la mayoría de los países de Latinoamérica (p. ej., Caballo *et al.*, 2012, 2015, 2016; Caballo, Salazar, Arias, *et al.*, 2010; Caballo, Salazar, Iruña, *et al.*, 2010; Caballo, Salazar, Nobre-Sandoval, *et al.*, 2017; Salazar *et al.*, 2016, 2018), han constituido la base para el desarrollo de una nueva *Intervención multidimensional para la ansiedad social*, el programa IMAS. El resto del artículo lo dedicaremos a la descripción de este nuevo programa cognitivo conductual para el tratamiento de la ansiedad social.

Desarrollo del programa de Intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS)

Primeros pasos

La idea de desarrollar un nuevo programa de tratamiento para la ansiedad social surgió a partir de los problemas encontrados a lo largo de nuestra investigación de más de 15 años sobre la evaluación de la ansiedad social, problemas que ya hemos descrito en el apartado anterior y sobre los que se puede profundizar en los trabajos publicados sobre dicha investigación.

Por otra parte, aunque hay varios procedimientos cognitivo conductuales empíricamente validados para el tratamiento del TAS (*Society of Clinical Psychology, APA, Division 12, 2018*) hay determinadas controversias sobre si algunos de esas estrategias son o no necesarias para el tratamiento eficaz del TAS, como la relajación o el entrenamiento en habilidades sociales. Por otra parte, la irrupción de procedimientos provenientes de las terapias de tercera generación, como la terapia

de aceptación y compromiso (ACT), la atención plena (*mindfulness*) o la terapia dialéctica conductual (DBT) podrían añadir nuevas técnicas para el tratamiento del TAS.

Teniendo en cuenta nuestra experiencia en el tratamiento de la ansiedad social con técnicas cognitivo conductuales (p. ej., Caballo, Bas y Andrés, 1998), pensamos utilizar esa experiencia y tratar de incorporar aquellas estrategias de las terapias de tercera generación que pudieran ser de más utilidad para la intervención en ansiedad social. Después de revisar en profundidad los procedimientos de la terapia de aceptación y compromiso, de la atención plena (*mindfulness*) y de la terapia dialéctica conductual y el apoyo empírico con que cuentan estos procedimientos, consideramos de especial relevancia algunos de ellos para su aplicación en personas con ansiedad social.

Elaboración del programa IMAS

Basándonos en los hallazgos encontrados en nuestra investigación con 20 países, colocamos como eje central del nuevo programa de tratamiento las cinco dimensiones que definen el TAS (o fobia social). Tuvimos también en cuenta las situaciones sociales que mejor definen cada una de las cinco dimensiones, no sólo las que describen los ítems que componen el "Cuestionario de ansiedad social para adultos" sino aquellas que no pudieron entrar en cada una de esas dimensiones (factores), pero que pertenecían claramente a una dimensión determinada. Pensamos que muchas de estas situaciones podrían servir como elementos de exposición en las tareas para casa. Por ejemplo, la situación "Estar en una biblioteca y que te llamen la atención para que te calles" no llegó a ser seleccionada entre los ítems que componen la dimensión de *Quedar en evidencia/Hacer el ridículo*, pero pertenecía claramente a ella (su saturación en el factor no era de las más altas, pero siempre lo hacía en ese mismo factor). Esa situación podría ser parte de las tareas para casa cuando se trabaje en tal dimensión. Es decir, podría constituir una situación para atacar la vergüenza, de modo que se planifique que los pacientes vayan a una biblioteca y hablen en voz alta hasta que les llamen la atención.

Decidimos dedicar dos sesiones a cada una de las cinco dimensiones básicas de la ansiedad social. Pero antes de abordar esas dimensiones, pensamos que los pacientes deberían aprender las estrategias básicas que les van a permitir abordar las situaciones sociales desde otra perspectiva y con mucha más seguridad. Para ello, planificamos que las cinco primeras sesiones (sin contar las de evaluación) se dedicarían a la psicoeducación sobre la ansiedad social y, sobre todo, a aprender estrategias para enfrentarse a las situaciones sociales de una forma distinta a como lo habían hecho hasta ahora. Teniendo esto en cuenta, incorporamos al programa IMAS el establecimiento de valores para la vida, la aceptación de las emociones y de las sensaciones corporales, el actuar en dirección opuesta, la atención plena (*mindfulness*) y la desvinculación (*defusion* en inglés) de los pensamientos. Utilizamos el término "desvinculación" porque la gente lo entiende mucho mejor que el anglicismo "defusión" (que es difícil incluso para los propios angloparlantes) y refleja bastante bien el concepto que subyace. Podríamos haber utilizado la palabra "distanciamiento", pero nos parecía mucho más difícil de conjugar y de utilizar

correctamente. Otros autores utilizan del término descentrarse (*decentering*) (p. ej., Eftekhari, 2017) e incluso algunas perspectivas “espirituales” manejan también el concepto de distanciarse de los pensamientos (Tolle, 1997). Este último autor también utiliza el concepto del aquí y ahora, similar, en buena media, al concepto de la atención plena.

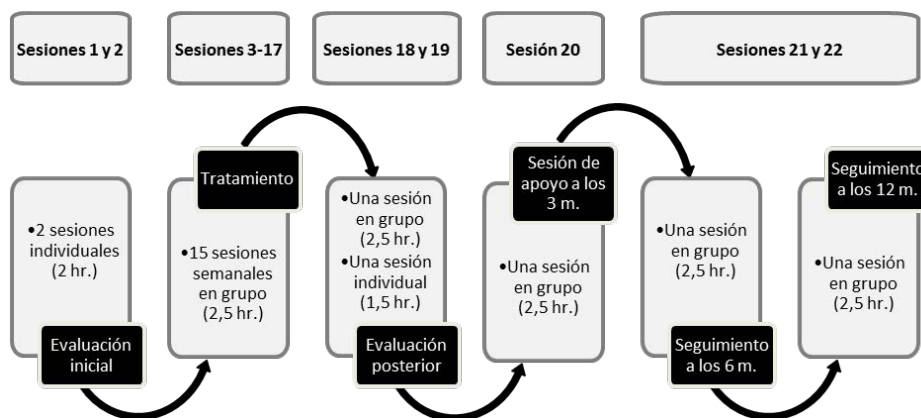
Además de estas “nuevas” estrategias para el tratamiento de la ansiedad social, mantuvimos algunas de las técnicas clásicas y que ya se han demostrado eficaces para el TAS, como el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) y la exposición, además de algunos elementos provenientes de la reestructuración cognitiva (en especial, la identificación de pensamientos disfuncionales) e incluso utilizamos la estrategia de relajación muscular progresiva pero adaptada al propósito de atender plenamente a las sensaciones corporales.

Elementos clave del programa

En este apartado, vamos a abordar brevemente algunos de los elementos clave del programa IMAS (Caballo, Salazar y Garrido, 2018; Caballo, Salazar, Garrido, Irurtia y Hofmann, 2018). Los describiremos en el orden en que se van aplicando a lo largo del programa (figura 1).

Figura 1

Estructura general del programa de Intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS)



1. *Evaluación pre/posttratamiento y seguimiento.* El primer contacto (primera sesión) con el posible paciente se realiza a través de la “Entrevista clínica semiestructurada para la ansiedad social” (ECSAS; Salazar y Caballo, 2018) incluida en el libro del terapeuta. La ECSAS está formada por 11 grandes apartados: 1) datos generales, 2) descripción de la apariencia física del paciente, 3) observación conductual del paciente durante la entrevista, 4) descripción por parte del paciente de los problemas y/o dificultades actuales, 5) descripción por parte del paciente de los problemas y/o dificultades

actuales relacionados con la ansiedad social, 6) efectos de la ansiedad social sobre el funcionamiento diario de la persona, 7) motivación para el tratamiento, 8) descripción por parte del paciente de los objetivos y expectativas respecto al tratamiento, 9) evaluación de la ansiedad social por dimensiones, 10) otros problemas psicológicos o médicos, y 11) medicamentos, alcohol y otras drogas. El objetivo principal de la entrevista es obtener información exhaustiva del paciente y de su ansiedad social, tanto a nivel global como de las cinco dimensiones básicas de la ansiedad social y ver hasta qué punto dicha ansiedad produce interferencia y malestar en su vida. Además, es una entrevista diagnóstica, ya que intenta averiguar si el paciente cumple los criterios diagnósticos para el TAS según el DSM-5 (APA, 2013). Una vez terminada la entrevista, el posible paciente se lleva para rellenar en su casa una serie de cuestionarios entre los que se encuentra el "Cuestionario de ansiedad para adultos" (CASO) (Caballo, Salazar, Irurtia, *et al.*, 2010), el "Cuestionario de habilidades sociales" (CHASO) (Caballo, Salazar y Equipo de Investigación CISO-A España, 2017) (ambos incluidos en el libro del terapeuta), así como algunos otros que tienen que ver con preocupaciones, depresión y alcoholismo. En la segunda sesión se revisan estos cuestionarios, se contrastan con los datos obtenidos por medio de la ECSAS y se verifica que el paciente cumple con los criterios para el TAS.

Inmediatamente después de haber finalizado las sesiones de tratamiento, se realizan dos sesiones más de *evaluación postratamiento*. La sesión 18 se realiza en grupo y evalúa los progresos personales que han tenido lugar en cada paciente, se evalúa también el programa IMAS y se planifica el trabajo personal para los próximos tres meses, hasta la sesión de apoyo. Los pacientes rellenan los mismos cuestionarios que se pasaron antes de empezar las sesiones de tratamiento. La sesión 19 es una sesión de evaluación individual por medio de la ECSAS para averiguar si cada paciente sigue cumpliendo los criterios diagnósticos para el TAS (fobia social). La sesión 20 se lleva a cabo a los 3 meses de terminada la última sesión de tratamiento (sesión 17) y consiste en una *sesión de apoyo* para comprobar los progresos que pueden haber llevado a cabo en este tiempo y ayudar a solucionar las dificultades más importantes que puedan haber tenido desde que se terminó la intervención. Las sesiones 21 (a los seis meses) y 22 (a los 12 meses) constituyen *sesiones de seguimiento* en las que, por medio de los mismos cuestionarios utilizados en las fases de pre y postratamiento, se evalúa si se mantienen, mejoran o empeoran los posibles beneficios obtenidos con el programa IMAS.

2. *Psicoeducación*. Por medio de la psicoeducación se proporciona a los pacientes información sobre una serie de aspectos que tienen que ver con el TAS y las relaciones con los demás. El terapeuta realiza una presentación clara, sencilla y sistemática de los aspectos científicos del tema que se trate en la sesión, valiéndose de material de carácter educativo como el que contiene el libro del paciente u otros (p. ej., vídeos, folletos, testimonios, historietas, etc.) Asimismo, intenta que el paciente se implique de forma

activa en la comprensión e integración en su repertorio de la información que se le presenta, por medio de ejercicios, actividades, debates y, en general, con cualquier estrategia participativa. Se promueve la escucha activa en esta fase, acompañada por la formulación verbal de preguntas, comentarios o ejemplos por parte del paciente. La psicoeducación es un componente relevante del programa en la medida que permite que el paciente contraste la información que se le ofrece en el programa con la que él ha adquirido a través de otras fuentes (p. ej., sus propias lecturas, testimonios de personas que también sufren de ansiedad, búsquedas en internet, terapeutas anteriores, otros profesionales de la salud). Hoy en día, la cantidad de información disponible puede aumentar también la confusión del paciente y el terapeuta debe estar preparado para clarificar sus dudas, sus preocupaciones, derribar mitos o errores de sus conocimientos y ayudarle a comprender la información clave que tiene una base científica.

3. *Valores para la vida.* La identificación de los valores propios constituye uno de los aspectos clave planteados por el programa IMAS. Los valores, al estilo de lo planteado por la ACT, serían las columnas en las que se apoyarían las vidas de las personas, las bases sobre las que se cimientan sus objetivos, sus actitudes, sus comportamientos. Los valores darían un significado coherente y clarificador del transcurrir de la existencia de la gente, de sus principios, de sus virtudes y de sus defectos, deberían guiar sus acciones, definir lo que son como personas y establecer las líneas maestras con las que planificar su futuro. Constituirían la motivación última para llevar a cabo sus acciones y diseñar los caminos por los que han de discurrir su vida. Los valores existen por sí mismos, se eligen libremente y se puede dar prioridad a unos sobre otros, pero no son evaluables ni justificables. Reflejan los deseos más profundos y personales, lo que a uno realmente le importa, y no lo que piensa que debería hacer o conseguir. En el caso de los sujetos con TAS, los valores ayudan especialmente a la realización de los ejercicios de exposición, al ser cada vez más conscientes de cómo la evitación y, en general, los comportamientos de seguridad les alejan de sus propósitos vitales.
4. *Entrenamiento en aceptación.* La aceptación, al estilo de lo planteado por la ACT, significa dejar de pelear con la realidad de que las personas sufren temor y ansiedad, lo que indica estar dispuestas a vivir los sentimientos, emociones, sensaciones, recuerdos, o pensamientos de ansiedad como son, sin intentar evitar o escapar de esas experiencias y de las circunstancias que pueden haberlas provocado. Para aceptar una emoción o una sensación la gente tiene, primero, que darse cuenta de ella y en esto se solapan la aceptación con la atención plena. Es más, la aceptación se encuentra implícita en la atención plena. La aceptación no se refiere a una resignación pasiva, sino que crea un espacio para que los pacientes experimenten sus pensamientos y emociones (y no reaccionen a ellos) en vez de recurrir a las formas automáticas, habituales, de responder (Forsyth y Eysert, 2016). Disposición y aceptación significan que las personas adopten una postura amable y

cariñosa hacia ellas mismas, su historia, de modo que les resulte más fácil ser conscientes de sus propias vivencias, del mismo modo que sujetarían un objeto frágil en las manos mientras lo contemplan de cerca y desapasionadamente (Hayes y Smith, 2005).

5. *Entrenamiento en atención plena ("mindfulness")*. El entrenamiento en atención plena consiste en enseñar al paciente a dirigir y centrar su atención en la experiencia que se vive en el presente, para vivirla de forma plena, consciente, sin juzgar y con aceptación. La atención plena implica aprender a observar, describir, participar activamente en sus experiencias de vida sin juzgarlas y centrándose por completo en ellas. En realidad, podríamos decir que existen dos tipos de atención plena:
 - a. Aquella que favorece la concentración, centrando la atención en un lugar u objeto específicos.
 - b. Aquella que implica un darse cuenta pleno, sin juicios, de las experiencias internas y externas.

Ambas clases de atención plena se retroalimentan y ambas son empleadas en nuestro programa. Así, se enseña a los pacientes a observar tanto los estímulos o acontecimientos externos, o sea, sonidos, vistas, olores, como los internos, o sea, sensaciones y emociones. De este modo, los pacientes aprenden a centrar la atención en aspectos específicos del ambiente, tanto interno como externo, sin los juicios y las evaluaciones producidos por el lenguaje (Stoddard y Afari, 2014). En el caso de los pacientes con TAS, trabajamos especialmente en aprender a atender plenamente a los aspectos relevantes de las situaciones sociales.

6. *Desvinculación de los pensamientos disfuncionales*. Parece claro que los pensamientos de la gente tienen un impacto muy importante sobre su comportamiento y en cómo se siente. Las personas invierten gran cantidad de tiempo, esfuerzo y energía en responder ante ellos. Es posible que se hayan pasado (y se pasen actualmente) una buena parte de su vida luchando contra pensamientos que les causan malestar. Quienes sufren un TAS se cuentan atrapados por sus anticipaciones negativas sobre los eventos sociales, por los pensamientos automáticos negativos durante la situación y por sus rumiaciones sobre su actuación cuando han pasado por la situación temida. La estrategia de la desvinculación anima al paciente a ser un observador externo de los propios pensamientos, contemplándolos desde fuera y no mirando desde ellos. Así, se considera a los pensamientos como lo que son, una sucesión de palabras e imágenes, y de esta forma se les tiene en cuenta en términos de su funcionalidad en vez de lo que significan, es decir, hasta qué punto son útiles en vez de si son verdaderos. Cuando los pensamientos son sobre uno mismo, la desvinculación puede ayudar a distinguir entre la persona que tiene el pensamiento (el verdadero yo) y las categorías verbales que ella se aplica a sí misma a través del pensamiento (el otro yo). En este caso, no se trata de luchar contra los pensamientos, sino de aceptarlos como entidades diferenciadas y distanciadas de lo que es en sí la

persona. Este procedimiento es similar al que se lleva a cabo en la ACT (Hayes y Smith, 2005; Hayes, Strosahl y Wilson, 2012), aunque en el programa IMAS la aplicación de la desvinculación está precedida por la identificación de pensamientos disfuncionales, al estilo de lo que hace la reestructuración cognitiva tradicional de la terapia cognitivo conductual (TCC). Aunque cuando los pacientes empiezan a identificar los pensamientos disfuncionales se continúa hasta el cuestionamiento de los mismos y se discuten las razones por las que son disfuncionales, no se llega al cambio de esos pensamientos por otros más funcionales, sino que se pasa a la aplicación de la desvinculación. Este procedimiento es esencial en el programa IMAS, aunque la desvinculación no es una característica exclusiva de la ACT. Otros muchos autores, desde otras perspectivas, algunas incluso de orientación mística, hablan de la utilidad de este distanciamiento de los pensamientos propios. Así, por ejemplo, Eckhart Tolle, un "maestro espiritual" sin estudios formales en Psicología, considerado por algunos como el autor espiritual más popular en los Estados Unidos y por otros como la persona más influyente del mundo a nivel espiritual (sorprendente, ¿cierto?), dice que la mente es un instrumento soberbio si se usa correctamente. Sin embargo, si se usa de forma inapropiada, se vuelve muy destructiva. "Para decirlo con más precisión, no se trata tanto de que uses la mente equivocadamente, por lo general no la usas en absoluto sino que ella te usa a ti. Ése es el problema. Crees que tú eres tu mente. Ese es el engaño. El instrumento se ha apoderado de ti" (Tolle, 1997). Más recientemente, y desde investigaciones empíricas, se habla también de "descentrarse" como el proceso de observar los propios pensamientos desde una distancia impuesta por uno mismo (es decir, en tercera persona) y sin juzgarlos (Eftekhari, 2017).

7. *El entrenamiento en habilidades sociales.* El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) permite la representación de determinadas situaciones sociales en un contexto controlado con el fin de aprender y practicar algunos comportamientos sociales que luego el paciente podrá poner en marcha en su vida cotidiana. Estas habilidades podrían estar en los repertorios de los pacientes con TAS, pero tras años de evitación y desuso de dichas habilidades necesitan volver a confiar en su capacidad para ponerlas en marcha, por lo que éste componente resulta esencial. Para ello utilizamos el ensayo de conducta y en la representación de papeles tenemos en cuenta buena parte de lo que hemos visto en los puntos anteriores, como la atención plena, la aceptación y la desvinculación de los pensamientos. Los pasos del nuevo ensayo de conducta quedarían descritos, en su formato breve, de la siguiente manera:
 - a. Representación de la escena original por parte del paciente.
 - b. Identificación de las posibles cogniciones disfuncionales.
 - c. Identificación de las emociones y las sensaciones físicas experimentadas que influyen negativamente en la conducta de quien está representando la situación.

- d. Identificación de los derechos humanos asertivos implicados en la situación.
 - e. Identificación de un objetivo adecuado para la respuesta del paciente.
 - f. Sugerencias de los otros miembros del grupo y del terapeuta sobre la posible respuesta.
 - g. Representación por parte del paciente de la respuesta elegida utilizando la desvinculación de los pensamientos, la aceptación de las sensaciones y emociones y la atención plena a los aspectos relevantes de la situación.
 - h. Evaluación de la eficacia de la respuesta, por parte del paciente, primero, y luego por el grupo y el terapeuta.
 - i. Repetir f, g y h hasta alcanzar la conducta apropiada.
8. *Exposición.* La exposición es un elemento esencial para abordar la ansiedad social. Con esta técnica se trata de lograr que el paciente se enfrente a las situaciones sociales temidas, una vez se haya trabajado en las competencias básicas para llevar a cabo conductas sociales adecuadas, la atención plena a los aspectos relevantes de la situación, la desvinculación de los pensamientos productores de ansiedad y la aceptación de las sensaciones y emociones. La exposición tiene lugar tanto durante la sesión, en forma de ensayos de conducta, como entre sesiones, por medio de las tareas para casa, y puede ser por medio de la imaginación, en situaciones simuladas o directamente en situaciones reales. Puede graduarse en pasos cada vez más complejos o exponerse, directamente, a la situación más temida. Al igual que en las fobias específicas, la exposición suele ser una estrategia necesaria en el tratamiento de la fobia o ansiedad social, pero, a diferencia de esas fobias, no suele ser suficiente. Para algunos pacientes, la propia exposición ante el grupo de tratamiento puede formar parte de los temores a superar. La desvinculación de los pensamientos, la aceptación de las sensaciones y emociones y la atención plena a la situación (y el comportamiento) pueden ayudar, de forma notable, a la exposición de los pacientes.
9. *Tareas para casa.* Las tareas para casa son actividades o ejercicios que el paciente tiene que realizar en su vida diaria, entre sesión y sesión, con el fin de generalizar a la vida real lo que ha aprendido en la clínica. Las tareas para casa son una parte esencial del programa IMAS y el éxito del mismo depende, en gran medida, de las actividades que realice el paciente cuando no está con el terapeuta. Normalmente, cada sesión del programa empieza y termina con una discusión sobre las tareas para casa, que son diseñadas específicamente para alcanzar los objetivos de la terapia. Conforme el programa va avanzando, una parte de cada sesión se dedica a preparar a los pacientes para las próximas tareas para casa y la dificultad de las tareas se aumenta gradualmente conforme progresa el tratamiento. Hay que tener en cuenta que con respecto a las tareas para casa:
- a. Algunas de ellas se elaboran y acuerdan con los pacientes, mientras que otras muchas se encuentran especificadas en el libro del paciente.

- b. Las instrucciones para su realización deben ser detalladas, de la misma forma que se encuentran en el libro del paciente. Hay que asegurarse de que los pacientes las entienden.
- c. Las tareas deberían tener una elevada probabilidad de éxito, especialmente las tareas iniciales. Los éxitos pueden mejorar en gran medida la motivación y la implicación de los pacientes en el tratamiento.

Formato grupal versus individual para el programa IMAS

El formato elegido por el programa IMAS es grupal, debido a las ventajas que este formato tiene cuando tratamos con problemas de interacción social, entre las que se encuentran las siguientes:

- a. El grupo ofrece una situación social ya establecida en la que los participantes que siguen el programa pueden practicar con las demás personas. Un grupo proporciona diferentes tipos de personas necesarias para crear las representaciones de papeles y para proporcionar un mayor rango de retroalimentación.
- b. El grupo procura a sus miembros una serie de personas a quienes conocer y con quienes practicar lo que acaban de aprender en la sesión clínica. Además, ofrece un contexto de apoyo en donde los pacientes, al encontrarse en un grupo de personas con una posición similar a la suya, se sienten identificados y menos intimidados.
- c. Las situaciones sociales que se representan en el grupo tienen la ventaja de ser reales en vez de simuladas, como suele suceder en las sesiones individuales, y las oportunidades de que la nueva conducta se generalice a otras situaciones sociales aumentan.
- d. El formato grupal hace un uso más económico del tiempo del terapeuta, lo que permite también un menor gasto de dinero por parte del paciente.

No obstante, el programa IMAS podría aplicarse también en formato individual, únicamente adaptando los ejercicios de las sesiones a este formato. Además, esta modalidad de formato puede ser la única aceptable cuando el paciente tiene una ansiedad excesiva y le sería muy difícil adaptarse al grupo. Para este tipo de personas sería útil comenzar el entrenamiento de forma individual y, una vez que ha disminuido el nivel de ansiedad, introducirles en el formato grupal. En otras ocasiones, puede que no haya suficientes pacientes para formar un grupo, de modo que es necesario el entrenamiento individual. En cualquier caso, sea al formato individual o grupal, el sujeto participante necesita disponer del libro del paciente, ya que tendrá que seguir muchos de los ejercicios por dicho libro, rellenar tareas para casa que se incluyen en él y adquirir información adicional sobre asuntos que se abordan en la terapia, pero sobre los que no da tiempo de extenderse durante la misma. Igual de indispensable resulta el libro del terapeuta para el psicólogo que conducirá el grupo. Esto tiene la ventaja de proporcionarle una guía estructurada sesión a sesión, paso a paso, incluyendo todos los materiales que necesita para llevar a cabo el grupo desde la primera sesión hasta la última. La publicación del programa tanto para los pacientes como el terapeuta, permite un mayor control sobre el

desarrollo del programa y una aplicación más uniforme que si nos basáramos en cursos o en la palabra hablada.

El tamaño de los grupos puede variar, aunque un formato grupal adecuado se encontraría entre los seis y los ocho miembros. Es conveniente que el grupo incluya una distribución equilibrada de pacientes de ambos sexos. Con respecto a la edad de los participantes, no hay restricciones respecto al límite superior, pero deben tener de 18 años en adelante. Es probable que la composición del grupo con respecto a esta variable dependa de la disposición de los pacientes que accedan al grupo de intervención.

Descripción de las sesiones

El programa IMAS consta de 15 sesiones de tratamiento, de 2,5 horas cada una, una vez a la semana. Además, a estas sesiones hay que añadir dos sesiones iniciales de evaluación y selección de pacientes (pretratamiento), con el objetivo de que éstos cumplan los criterios del TAS o fobia social y no tengan algún trastorno comórbido grave, como un trastorno psicótico, un trastorno bipolar, un trastorno límite de la personalidad o un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. Una vez terminado el programa, tienen lugar dos sesiones más de evaluación postratamiento, similares a las que tuvieron lugar en la fase de pretratamiento, es decir, la ECSAS y aplicación de los cuestionarios. A los tres meses se celebra una sesión de apoyo, con el fin de reforzar los progresos, aclarar dudas y ayudar en las dificultades. Finalmente, a los 6 y a los 12 meses hay nuevas sesiones de evaluación por medio de los mismos cuestionarios aplicados en las fases pre/postratamiento.

De las 15 sesiones de tratamiento, las cinco primeras se dedican al aprendizaje de las estrategias centrales del programa que constituirán la base para abordar las diferentes clases de situaciones sociales. Es decir, en esas primeras sesiones se dará a los pacientes información clara y sistemática sobre el TAS, su impacto en la vida de las personas que lo padecen (algo que los pacientes suelen reconocer en sí mismos), y se les plantea la opción que tienen con el programa IMAS de abordar de una vez, de forma sistemática y eficaz, el problema de ansiedad social que tanto deterioro produce en sus vidas. En estas primeras sesiones se practican diferentes ejercicios para el aprendizaje de las estrategias básicas señaladas anteriormente. Algunos son los siguientes:

1. *Identificación de valores para la vida.* Es uno de los primeros asuntos que se enseña a los pacientes. Tenemos incluso un "Cuestionario de valores para la vida" (incluido en el libro del paciente) que los participantes rellenan en su casa después de la primera sesión de tratamiento.
2. *Aceptación de las sensaciones corporales.* Se practican una serie de ejercicios para que los pacientes aprendan a darse cuenta de toda una serie de sensaciones corporales sin que hagan nada por cambiarlas. Les va a servir para aceptar sus síntomas de ansiedad cuando se produzcan en las situaciones que temen y centrarse en aspectos más relevantes y de más utilidad para funcionar adecuadamente en la situación.
3. *Atención plena (mindfulness).* La atención plena es una de las estrategias clave en la aplicación del programa IMAS. Acompañada de la desvinculación se utiliza

- para abordar las situaciones sociales temidas desde una perspectiva diferente. Los pacientes ya no se acercan a esas situaciones prestando atención a sus pensamientos, sino haciéndolo a los elementos presentes en la situación social.
4. *Desvinculación de pensamientos*. La desvinculación es otro de los procedimientos esenciales del programa. Convertir a los pacientes en observadores de sus pensamientos, hacer que se distancien de ellos, es un aspecto clave de la intervención. Junto con la atención plena ayuda a que los pacientes aborden las situaciones sociales desde una perspectiva diferente y con una mayor seguridad en sí mismos.
 5. *Entrenamiento en habilidades sociales (EHS)*. Esta estrategia, utilizada desde los años 70 como parte de la TCC, ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del TAS (fobia social). Las habilidades sociales y la ansiedad son dos áreas con una estrecha relación (p. ej., Caballo, Salazar y CISO-A España, 2018) y el aumento de las primeras suele reducir la segunda. En el programa IMAS, al ensayo de conducta del EHS le añadimos la aceptación, la atención plena y la desvinculación de los pensamientos, de modo que el paciente se sienta más confiado y con más estrategias cuando se exponga a las situaciones sociales temidas de la vida real (tareas para casa).
 6. *Exposición*. Este procedimiento es otra de las técnicas de tratamiento clásicas de la TCC y también ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del TAS. En el programa IMAS, la exposición se ve reforzada por todas las estrategias anteriores, con lo que la posibilidad de que sea eficaz aumenta notablemente.

Entrenamiento con base en las cinco dimensiones de la ansiedad social

A partir de la octava sesión del programa (la sexta de tratamiento) se empiezan a abordar las dimensiones básicas de la ansiedad social. Se dedican dos sesiones a cada una de dichas dimensiones. El orden y el contenido básico de las 10 sesiones dedicadas a esas dimensiones son los siguientes:

1. **DIMENSIÓN 1. INTERACCIÓN CON DESCONOCIDOS** (sesiones 8 y 9). En esta dimensión se ofrece información sobre la iniciación, mantenimiento y terminación de conversaciones para afrontar la interacción con personas desconocidas o poco conocidas. Estas cuestiones también son muy útiles para cuando se quiere retomar la interacción con personas que antes formaban parte del entorno habitual del paciente con TAS y con quienes ha perdido el contacto debido al trastorno. Constituye una de las habilidades más básicas y, por ello, es la primera dimensión con la que comienza el programa. Con ella se abordan los temores relacionados con parecer poco interesante, aburrido, torpe, ocasionar molestias o incomodidad al otro, o que los demás se lleven una impresión negativa de uno. La literatura sobre habilidades sociales incluye numerosas ayudas para manejar de forma adecuada las interacciones sociales, desde su inicio hasta su finalización. Por ejemplo, tenemos toda una serie de técnicas que ayudan al mantenimiento de conversaciones, tales como: a) preguntas con final abierto, b) la libre información, c) las autorrevelaciones, d) la escucha activa, o e) el control de los silencios. Asimismo, es esencial el trabajo con los comportamientos no verbales implicados en tales interacciones. Se ayuda

- igualmente a los pacientes a que piensen en posibles lugares y actividades para conocer gente, incluyendo las nuevas tecnologías (p. ej., redes sociales), así como en actividades que los amigos hacen juntos. En la sesión 8 se introduce el ensayo de conducta, en este caso de la interacción con desconocidos. Se utiliza por primera vez también la “Hoja de autorregistro multimodal para la exposición”, autorregistro que se utilizará ampliamente a lo largo de las siguientes sesiones. Ni que decir tiene que se sigue practicando y refinando las habilidades de la atención plena y la desvinculación de los pensamientos.
2. DIMENSIÓN 2. INTERACCIÓN CON EL SEXO OPUESTO (sesiones 10 y 11). Este tipo de dimensión se puede considerar a nivel más amplio como “interacción con personas que me atraen”. Esta dimensión comparte con la anterior las habilidades de iniciar, mantener y terminar interacciones con personas que nos atraen, por lo que las habilidades practicadas en estas dos sesiones son de gran utilidad para esta dimensión. Hay que tener en cuenta que en esta dimensión también se comparten los temores de resultar poco atractivo o interesante para la otra persona, parecer aburridos, torpes o estúpidos, que nos rechacen, que las cosas no salgan como esperábamos, o quedar en evidencia de que nos gusta (y nosotros a la otra persona no) o de que estamos nerviosos. Se sigue planteando situaciones para conocer gente que nos atraiga, incluyendo las redes sociales. Aparte de esas habilidades, se practican también las clases de respuesta de hacer y aceptar cumplidos y la de expresar amor, agrado y afecto. Se insiste un poco más en el ensayo de conducta de situaciones que les resultan difíciles a los pacientes, incorporando siempre las estrategias de la aceptación de las sensaciones corporales, la atención plena a la situación y la desvinculación de los pensamientos disfuncionales.
 3. DIMENSIÓN 3. EXPRESIÓN ASERTIVA DE MOLESTIA, DESAGRADO O ENFADO (sesiones 12 y 13). Esta dimensión se desenvuelve en el terreno de la asertividad. Se centra en clases de conducta como la expresión de sentimientos negativos, la petición de cambio de conducta del otro y la habilidad para hacer y rechazar peticiones. Esta dimensión es sin duda una de las cuestiones fundamentales relacionadas con la ansiedad social según nuestras investigaciones, y por ello se trabaja con los temores a la desaprobación, el enfado, el rechazo o el abandono por parte de los demás, que la otra persona se ofenda, que se dañe la relación, que piensen que «no soy una buena persona» o que «no soy tan majo» (que le critiquen), o el hacer algo que no quisiera que le hicieran a ella misma. Entre las técnicas que se practican dentro de esta dimensión se encuentran la utilización de mensajes en primera persona y el guión DEEC (Bower y Bower 1976), ayudándole a los pacientes a situarse en el mismo nivel que las otras personas en cuanto a sus derechos asertivos. Por esta misma razón, entrenamos las técnicas para la defensa de los propios derechos, como el disco rayado y el banco de niebla. Aparte de seguir entrenando a los pacientes en aceptación de las sensaciones corporales, la atención plena y la desvinculación de los pensamientos, se introduce en la sesión 12 la “actuación en dirección opuesta”, una estrategia proveniente de la terapia dialéctica conductual (Linehan, 2015).
 4. DIMENSIÓN 4. QUEDAR EN EVIDENCIA/HACER EL RIDÍCULO (sesiones 14 y 15). Las situaciones incluidas en esta dimensión son especialmente temidas por las

personas con una elevada ansiedad social. De hecho, el temor a la evaluación negativa por parte de los demás es uno de los miedos centrales, tal vez la esencia, del TAS. Este temor suele incluir conceptos como hacer el ridículo, pasar vergüenza o ser humillado y por eso se aborda la idea de “querer agradar a todo el mundo”. El temor a quedar en evidencia o hacer el ridículo puede ser uno de los grandes obstáculos a la hora de conocer gente, de realizar actividades o trabajos que podrían ser altamente reforzantes para una persona. Ejercicios que se llevan a cabo en estas sesiones, como parte del afrontamiento del temor a quedar en evidencia, implicarían el llevar a cabo comportamientos ridículos y que el resto del grupo los observe mientras lo hacen. Por otra parte, en esta dimensión se incluyen estrategias para el afrontamiento de las críticas. Garner (1981) plantea abordar la crítica de una forma constructiva siguiendo dos pasos: 1) pedir detalles y 2) estar de acuerdo con la crítica. Este segundo punto plantea dos opciones: a) estar de acuerdo con la verdad, y b) estar de acuerdo con el derecho del crítico a una opinión. Se utilizan técnicas específicas como la aserción negativa, la interrogación negativa y la separación de temas. Además, se sigue trabajando en estas sesiones con el repaso de valores para la vida y por el fortalecimiento de las estrategias de atención plena, aceptación de las sensaciones de hacer el ridículo y la desvinculación de los pensamientos.

5. DIMENSIÓN 5. HABLAR EN PÚBLICO/INTERACCIÓN CON PERSONAS DE AUTORIDAD (sesiones 16 y 17). Las dos últimas sesiones del programa IMAS se dedican a que las personas pierdan el temor a hablar en público y a relacionarse con personas de autoridad. Los temores de las personas con ansiedad social se relacionan con parecer incompetentes, equivocarse, decir o hacer cosas poco interesantes o que no gusten a los demás, que se den cuenta de que están muy nerviosos (por los síntomas físicos), dar una mala imagen o que los demás se lleven una impresión negativa de ellos, y con sentirse decepcionado consigo mismo (por «no hacerlo como “debería” -en contenido y forma-»). Aunque el “hablar en público” forma parte del único subtipo del TAS que diagnóstica el sistema nosológico del DSM-5 (APA, 2013), no creemos que esta dimensión presente retos especiales diferentes a las otras dimensiones de la ansiedad social abordadas anteriormente. Esta quinta dimensión tiene ciertas connotaciones de quedar en evidencia, por lo que las sesiones anteriores dedicadas a la cuarta dimensión pueden facilitar el afrontamiento de los temores relacionados con el hablar en público. Ejercicios llevados a cabo en estas dos últimas sesiones incluyen la presentación de una exposición ante el resto del grupo, teniendo en cuenta los componentes verbales y no verbales que ello implica. No se trata de formar oradores experimentados, pero sí que las personas pierdan el miedo a hablar ante un grupo y, como generalización y tarea para casa, a un grupo más numeroso. En estas dos últimas sesiones se sigue practicando el afianzamiento de los valores personales, la atención plena a las situaciones sociales, la aceptación de las sensaciones corporales y la desvinculación de los pensamientos disfuncionales. Como comentamos ya anteriormente, el desarrollo del programa de Intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS) gira alrededor de las cinco dimensiones encontradas empíricamente a los largo de los más de 15 años de investigación sobre la

ansiedad social. Pero consideramos que no solamente estas cinco dimensiones caracterizan al programa, sino también la incorporación tanto de estrategias cognitivas conductuales clásicas como de tercera generación. Creemos que el programa IMAS constituye una intervención poderosa para el tratamiento de problemas de ansiedad social, pero la creencia no es suficiente cuando estamos hablando de psicología científica. Tenemos que comprobar empíricamente que el programa es eficaz y para eso debe aplicarse con personas que cumplan los criterios diagnósticos de un TAS (fobia social). Y eso es precisamente lo que estamos llevando a cabo en diferentes lugares.

Aplicación del programa en España y Latinoamérica

El programa está ideado para su aplicación en España, Portugal y todos los países de Iberoamérica, lo que no quiere decir que no se pueda aplicar en otros países del mundo. No obstante, la versión actual del programa y la que está en prensa (en portugués) hace que el ámbito de Iberoamérica sea propicio para la aplicación actual del programa. Además, la ventaja de que compartamos un mismo idioma, que haya muchos elementos culturales comunes, que el programa esté manualizado, que haya un libro del terapeuta y otro del paciente, permite que la intervención pueda ser seguida con bastante fidelidad por terapeutas y pacientes de diversos países de habla española y portuguesa. Actualmente estamos preparando la aplicación del programa IMAS en varios países. Nuestros primeros contactos parecen ir por buen camino, teniendo en cuenta que la aplicación del programa implica la adquisición del libro del paciente por parte de las personas que van a seguir el tratamiento grupal y que son enviados eficientemente desde España por la Editorial Pirámide. Adicionalmente, las pruebas para la evaluación pre/postratamiento y seguimiento se envían también por correo-e para una mayor uniformidad a la hora de la evaluación, se revisan por los terapeutas que van a intervenir por si tuvieran que adaptar algún término a la idiosincrasia del país y se planifica conjuntamente el inicio de los grupos. El programa IMAS es una de las escasas intervenciones desarrolladas a partir de los trabajos empíricos con numerosos países de habla española y portuguesa y que puede aplicarse no sólo en Latinoamérica sino en cualquier región del mundo.

Discusión

El objetivo de este trabajo era presentar las características de una nueva Intervención multidimensional para la ansiedad social, el programa IMAS. El programa IMAS ofrece a quienes sufren de este trastorno la posibilidad de afrontar de un modo distinto los temores centrales de este trastorno y tener una vida más auténtica al enseñarles a no evitar las situaciones sociales y por el contrario involucrarse activamente en sus experiencias vitales. Para esto, el programa IMAS propone trabajar desde la identificación de sus valores más profundos, pasando por el distanciamiento de los pensamientos que les hacen infelices hasta la vivencia plena de las experiencias de la vida (incluidas las manifestaciones físicas y subjetivas de sus emociones).

Hasta hoy día se ha considerado que la terapia de elección para el tratamiento del TAS es la terapia cognitivo conductual (TCC), habiéndose obtenido pruebas empíricas de la eficacia de técnicas como la exposición, la reestructuración cognitiva, la relajación y el entrenamiento en habilidades sociales (*Society of Clinical Psychology, APA, Division 12, 2018*). Por su parte, la terapia de aceptación y compromiso (ACT), incluida dentro de la orientación cognitivo conductual, va acumulando pruebas de que es igualmente una opción válida para el tratamiento del TAS (García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018). Estos autores analizaron ocho estudios (publicados entre 2005 y 2016) que utilizaron la ACT para el tratamiento del TAS y encontraron que, en los cinco estudios que compararon la ACT con la TCC, sus resultados eran igual de eficaces. Pero, ¿qué sucedería si combináramos estrategias de la TCC con procedimientos de la ACT en un nuevo programa? ¿Sería éste igual de eficaz que la aplicación de la TCC o de la ACT por separado?

El programa IMAS constituye un nuevo programa que incorpora tanto técnicas de la TCC tradicional como estrategias de las terapias de tercera generación, especialmente, aunque no exclusivamente, de la terapia de aceptación y compromiso. Se dirige a personas con un TAS o fobia social, un trastorno de la personalidad por evitación o simplemente con ansiedad social acusada en situaciones que son importantes en la vida de las personas. Aunque el programa no ha inventado ninguna técnica de tratamiento, y a estas alturas es difícil que alguna intervención plantee una estrategia realmente nueva, sí ha propuesto un programa novedoso, basado en hallazgos obtenidos por nuestras propias investigaciones, que ha incorporado, en un paquete compacto y sistemático, estrategias cognitivo conductuales clásicas y recientes. ¿Por qué creemos que el programa IMAS puede ser tanto o más eficaz que la TCC y la ACT por separado? Seguidamente lo discutimos.

En primer lugar, la incorporación de la educación en *valores para la vida*, proveniente de la ACT, que constituirían la motivación última para que las personas lleven a cabo sus acciones y diseñen los caminos por los que han de discurrir sus vidas. Los obstáculos y las dificultades que los sujetos con ansiedad social encuentren en su nuevo camino para superar su problema pueden suavizarse si tienen unos valores que dirigen sus vidas y que están por encima de los resultados de sus comportamientos a corto y medio plazo.

En segundo lugar, constituyendo uno de los puntos que más discusión puede atraer, es si es más adecuada la reestructuración cognitiva, tipo Beck o Ellis, que la *desvinculación de los pensamientos*, tipo ACT. Una primera fase, la identificación de pensamientos disfuncionales, parece que podría ser común a ambas e incluso también el cuestionarse la disfuncionalidad de dichos pensamientos. Lo que les diferencia es lo que viene después. ¿Hay que reemplazar pensamientos negativos por otros más racionales o ajustados a la realidad, con todo el proceso de debate que ello lleva? Lo que hemos encontrado en investigaciones previas (Caballo y Buela, 1989) así como en una revisión de la literatura sobre el tema (Caballo, 1997) es que el comportamiento socialmente adecuado está caracterizado por la ausencia de autoverbalizaciones negativas, pero no necesariamente por la presencia de autoverbalizaciones positivas. Tal vez todo el proceso que implica un ejercicio de reestructuración cognitiva para cambiar pensamientos negativos por pensamientos

racionales sea innecesario. En lo que hay que trabajar es en distanciarse de los pensamientos negativos. La insistencia en debatir este tipo de pensamientos, buscar alternativas más racionales y sustituirlos por esas alternativas supone mucho tiempo y energía, que quizás sería mejor emplear esos esfuerzos en desvincularse (distanciarse) de dichos pensamientos. Si estos pensamientos no ayudan, si son disfuncionales, el seguir insistiendo en ellos, aunque sea para cambiarlos, hace que las personas con ansiedad social sigan en contacto continuamente con pensamientos que les amargan la vida. Adicionalmente, con la práctica de la desvinculación sucederá que las personas comprenderán que sus pensamientos son eventos pasajeros, con un principio y un final, y que no se mantendrán, siempre y cuando no se les convierta en el centro de sus vidas. Normalmente, lo que sucede a las personas con TAS es que están tan centrados en tales pensamientos que no pueden ver nada más allá de ellos y, por tanto, sus emociones (ansiedad, agobio, vergüenza, nerviosismo) en las situaciones sociales no dejan de sucederse, con lo que difícilmente actuarán de forma adecuada.

En tercer lugar, la *atención plena (mindfulness)* puede ser de gran utilidad para ayudar en el proceso de desvinculación de los pensamientos disfuncionales. Si conseguimos que las personas con ansiedad social se distancien de esos pensamientos, algo tendrán que hacer una vez que se han desvinculado de ellos. Y lo que pueden hacer es prestar atención plena a lo que tienen delante de sus ojos, a la situación social que están viviendo, a los comportamientos de las otras personas inmersas en la situación. Esto no sólo les ayuda a distanciarse de sus pensamientos disfuncionales, sino que les ayuda a vivir con más intensidad y realismo la situación, atendiendo a las señales exteriores que les proporcionarán información para actuar de una manera más apropiada socialmente. Atender plenamente al momento presente, a la situación social que tienen delante, utilizando sus habilidades para observar y describir (dejando de lado esa "mente enjuiciadora" que han cultivado durante años), implica dedicarse menos a realizar anticipaciones (negativas) y a tener rumiaciones (para "machacarse") sobre los eventos pasados.

En cuarto lugar, la *aceptación de las sensaciones corporales* propias de la ansiedad social puede ayudar a los sujetos con este problema a no asustarse y no reaccionar negativamente a sus síntomas internos cuando sienten ansiedad. Generalmente las personas con TAS interpretan sus síntomas como una muestra de su incompetencia para manejarse apropiadamente en las situaciones sociales y ello aumenta la intensidad de sus emociones con la consecuente necesidad de tener que huir de las situaciones. Las palpitaciones, los temblores, el ruborizarse, la tensión muscular, las molestias estomacales o la hiperventilación son todos síntomas típicos de la ansiedad social. Al entrenar a los pacientes en el reconocimiento y la aceptación de sus sensaciones corporales con ejercicios de exposición, aprenden a aceptarlas como respuestas físicas normales (cuya presencia es esperable e incluso necesaria para ofrecer una respuesta adecuada a una situación) y les ayudará a que presten más atención a lo que sucede en el exterior (y utilicen la atención plena) que a lo que sucede en su interior.

En quinto lugar, el *entrenamiento en habilidades sociales (EHS)*, empleado habitualmente por la TCC, se ve modificado de forma importante cuando se practica en la sesión de terapia (y luego se generaliza a la vida real como tarea para casa). Al

ensayo de conducta propio de dicho entrenamiento se incorpora la aceptación de las sensaciones corporales, la atención plena y la desvinculación de los pensamientos. Este planteamiento le da una perspectiva muy diferente a la forma en que el ensayo de conducta se llevaba a cabo en el EHS tradicional. Abordar dicho ensayo aceptando las posibles sensaciones de ansiedad que se pueden producir en ese momento, distanciándose de los pensamientos disfuncionales que con seguridad van a aparecer en la mente de la persona que va a realizar el ensayo de conducta y atendiendo plenamente al comportamiento que va a ensayar, constituye una perspectiva muy diferente, aunque la situación a ensayar sea la misma. Este nuevo tipo de ensayo de conducta en las sesiones de terapia les va a proporcionar estrategias muy potentes a la hora de aplicar lo que han aprendido en la clínica a la vida real, ofreciéndoles una alternativa muy distinta a cómo los pacientes solían venir haciendo hasta ahora o, mejor dicho, a cómo los pacientes solían evitar las situaciones sociales. Armados con esas nuevas estrategias, la posibilidad de un resultado negativo disminuye notablemente. Las nuevas estrategias les proporcionan suficiente seguridad para afrontar las situaciones sociales con mayor eficacia.

Finalmente, el programa IMAS mantiene la *exposición* en la vida real como una estrategia básica para superar la ansiedad social. Pero la exposición está acompañada ahora, al igual que sucedía con el ensayo de conducta, por la aceptación, la atención plena y la desvinculación. Exponerse ahora es mucho menos aversivo. El distanciarse de los pensamientos disfuncionales y el atender plenamente a la situación a la que se exponen proporciona una perspectiva muy distinta a la persona con ansiedad social. Ahora van a estar atendiendo a todos los estímulos ambientales (incluyendo los comportamientos de las otras personas presentes en la situación), no reaccionarán como lo hacían habitualmente ante sus sensaciones físicas, mientras que al mismo tiempo se desvinculan de sus pensamientos disfuncionales. Toda una declaración de intenciones para abordar de una forma diferente las situaciones sociales temidas.

Como conclusión, creemos que el programa IMAS, incluyendo un conjunto de procedimientos, tanto de la TCC tradicional como de las denominadas terapias de tercera generación, puede ser enormemente eficaz para las personas con un diagnóstico de TAS (fobia social) o de trastorno de la personalidad por evitación. También se pueden beneficiar aquellas personas que, aunque no sufran de uno de estos diagnósticos, padecen de una elevada ansiedad en determinados tipos de situaciones sociales.

Por otra parte, el programa IMAS, con ligeros retoques, puede ser también eficaz para otros trastornos distintos al TAS. Uno de ellos podría ser el trastorno límite de la personalidad. Nuestra incursión en este trastorno utilizando buena parte de los procedimientos que componen el programa IMAS parece que está funcionando. No obstante, esta es una perspectiva clínica, lejos de un trabajo de investigación empírico que, es posible, planteemos en un futuro. Igualmente podría funcionar también para personas con depresión, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno por ansiedad generalizada. No obstante, las creencias no implican necesariamente realidades. La aplicación del programa IMAS en el tratamiento de la

ansiedad social y en otros problemas psicológicos nos dirá si dicho programa es eficaz y en qué medida.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5*. Arlington, VA: Autor.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Nueva York, NY: Guilford.
- 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.
- Bower, S. A. y Bower, G. H. (1976). *Asserting yourself! A practical guide for positive change*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Boyd, J. H., Rae, D. S., Thompson, J. W., Burns, B. J., Bourdon, K., Locke, B. Z. y Regier, D. A. (1990). Phobia: prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 314-323.
- Caballo, V. E., Arias, B., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Hofmann, S. G. y CISO-A Research Team (2015). Psychometric properties of an innovative self-report measure: the Social Anxiety Questionnaire for Adults. *Psychological Assessment*, 27, 997-1012.
- Caballo, V. E. y Buela, G. (1989). Diferencias conductuales, cognitivas y emocionales entre sujetos de alta y baja habilidad social. *Revista de Análisis del Comportamiento*, 4, 1-19.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Iruña, M. J., Calderero, M. y CISO-A España, Equipo de Investigación (2010). Validación del "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO-A30) en universitarios españoles: similitudes y diferencias entre carreras universitarias y comunidades autónomas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 5-34.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. y CISO-A España, Equipo de Investigación (2018). La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26, 23-53.
- 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, 5-24.
- 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. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2ª ed.) (pp. 183-210). 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., Iruña, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. y the 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, 95-107.
- 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, 313-328.

- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Nobre-Sandoval, L., Wagner, M. F., Arias, B. y Lourenço, L. (2017). Validación brasileira do Questionário de Ansiedade Social para Adultos (CASO). *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 19, 131-150.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Robles, R., Irurtia, M. J. y Equipo de Investigación CISO-A México (2016). Validación del Cuestionario de ansiedad social para adultos (CASO) en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 33, 30-40.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E. y Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): a new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Davidson, J. R., Potts, N. L., Richichi, E. A., Ford, S. M., Krishnan, K. R., Smith, R. D. y Wilson, W. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(supl.), 48-51.
- Eftekhari, E., Tran, A. y McGregor, I. (2017). Decentering increases approach motivation among distressed individuals. *Personality and Individual Differences*, 119, 236-241.
- Forsyth, J. P. y Eysert, G. H. (2016). *The mindfulness & acceptance workbook for anxiety* (2ª ed.). Oakland, CA: New Harbinger.
- 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, 247-260.
- Garner, A. (1981). *Conversationally speaking*. Nueva York, NY: McGraw-Hill.
- Hayes, S. C. y Smith, S. (2005). *Get out of your mind & into your life: the new acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy* (2ª ed.). Nueva York, NY: Guilford.
- Heimberg, R. G. (1990). Cognitive behavior therapy for social phobia. En A. S. Bellack y M. Hersen (dirs.), *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (pp. 203-218). Nueva York, NY: Wiley.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S. y Becker, R. E. (1987). Social phobia. En L. Michelson y L. M. Ascher (dirs.), *Anxiety and stress disorders* (pp. 280-309). Nueva York, NY: Guilford.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie*. París: F. Alcan.
- Janet, P. (1909). *Les nevroses*. París: Flammarion.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2ª ed.). Nueva York, NY: Guilford.
- Mattick, R. P. y Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- 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*. Madrid: Pirámide.
- Salazar, I. C., Caballo, V. E., Arias, V. y Equipo de Investigación CISO-A Chile (2018). Estructura interna del "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO) con una muestra chilena. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 3, 91-104.
- Salazar, I. C., Caballo, V. E., Arias, B. y Equipo de Investigación CISO-A Colombia (2016). Validez de constructo y fiabilidad del "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO) en Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48, 98-107.
- Society of Clinical Psychology. Division 12 American Psychological Association (2018). *Treatment: cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder*. Disponible en <https://www.div12.org/treatment/cognitive-behavioral-therapy-for-social-anxiety-disorder/>
- Stoddard, J. A. y Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors*. Oakland, CA: New Harbinger.

- Tolle, E. (1997). *The power of now*. Vancouver, BC: Namaste.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 35-40.
- Widiger, T. A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: a commentary on three studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 340-343.

RECIBIDO: 5 de noviembre de 2018

ACEPTADO: 27 de diciembre de 2018