

**TRATAMIENTO CONDUCTUAL-COGNITIVO DE LA ANSIEDAD SOCIAL:
UN ESTUDIO DE CASO**

Behavior-cognitive treatment of social anxiety: A case study

Max León M.*

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

ABSTRACT

In the present article a case study referring to the Social Anxiety intervened from the Behavioral-Cognitive Therapy is exposed. The main characteristics of the social anxiety disorder as well as its manifestations and typologies were detailed. Next, the case of the participant was reviewed, with special emphasis on the problematic behavioral components. An evaluation was made from three differentiated sources: interview and direct and indirect records. The psychometric instruments for the evaluation of the results were the Social Avoidance and Distress (SAD) and the Fear of Negative Evaluation (FNE). The Behavioral-Cognitive Treatment was applied, which consisted of Jacobson's progressive relaxation, cognitive restructuring, social skills training and in vivo exposure. After the completion of the treatment, 3 follow-ups were made to corroborate the stability of the changes. Finally, the results were analyzed and discussed from a topographical and functional perspective.

Key words: Cognitive-Behavioral Therapy, social anxiety, case study.

RESUMEN

En el presente artículo se expone un estudio de caso referente a la Ansiedad Social intervenido desde la Terapia Conductual-Cognitiva. Se detalló las principales características del trastorno de ansiedad social así como sus manifestaciones y tipologías. Seguidamente se revisó el caso del participante haciendo especial énfasis en los componentes conductuales problemáticos. Se realizó una evaluación desde tres fuentes diferenciadas: entrevista y registros directos e indirectos. Los instrumentos psicométricos para la evaluación de los resultados fueron el Social Avoidance and Distress (SAD) y el Fear of Negative Evaluation (FNE). Se procedió a aplicar el Tratamiento Conductual-Cognitivo el cual estuvo compuesto por relajación progresiva de Jacobson, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y exposición in vivo. Tras la finalización del tratamiento se hicieron 3 seguimientos para corroborar la estabilidad de los cambios. Finalmente se analizaron y discutieron los resultados desde una perspectiva topográfica y funcional.

Palabras Clave: Terapia Conductual-Cognitiva, ansiedad social, estudio de caso.

Correspondencia: Max León M. Centro peruano de investigaciones psicológicas y modificación del comportamiento: CIPMOC

Email: maxleon2594@gmail.com

Fecha de recepción: 15 de agosto del 2017 Fecha de aceptación: 08 de septiembre del 2017

RESUMO

No presente artigo é exposto um estudo de caso referente à Ansiedade Social interposta a partir da Terapia Cognitivo-Comportamental. As principais características do transtorno de ansiedade social, bem como suas manifestações e tipologias foram detalhadas. Em seguida, o caso do participante foi revisado, com ênfase especial nos componentes comportamentais problemáticos. Uma avaliação foi feita a partir de três fontes diferenciadas: entrevista e registros diretos e indiretos. Os instrumentos psicométricos para avaliação dos resultados foram o Social Avoidance and Distress (SAD) e o Medo de Avaliação Negativa (FNE). Aplicou-se o Tratamento Comportamental-Cognitivo, que consistiu no relaxamento progressivo de Jacobson, na reestruturação cognitiva, no treinamento de habilidades sociais e na exposição in vivo. Após o término do tratamento, três acompanhamentos foram realizados para corroborar a estabilidade das alterações. Por fim, os resultados foram analisados e discutidos sob uma perspectiva topográfica e funcional.

Palavras-chave: Terapia Comportamental-Cognitiva, ansiedade social, estudo de caso.

INTRODUCCIÓN

La fobia social se propuso como categoría diagnóstica a partir de la publicación del DSM-III en el año 1980. Su reconocimiento entre los sistemas diagnósticos permitió diferenciarla de otros síndromes clínicos similares que también generan perjuicios en las relaciones interpersonales como el trastorno de personalidad evitativa, el rasgo de timidez u otros síndromes clínicos de Ansiedad (Caballo, 2007). Los síntomas del trastorno identifican un intenso y persistente miedo a las situaciones de interacción social o actuaciones en público, destacando una notable preocupación por la evaluación negativa que otras personas puedan hacer de ella. Estos temores conllevan a una insistente necesidad de evitar el contacto social (APA, 2013).

Existen debates sobre la existencia de dos subtipos de ansiedad social, pudiendo ser identificados como específica o generalizada (Sánchez, Rosa y Olivares, 2004). La ansiedad social específica hace referencia a una ansiedad producida solo ante algunas situaciones sociales concretas tales como hablar, comer, beber, escribir o asearse en público. Por su parte, en la ansiedad social generalizada, la ansiedad se produce ante una gran variedad de situaciones sociales, a veces de forma indiscriminada. A pesar de los aportes de algunos autores por distinguir ambos tipos de fobia social, la mayoría de los estudios establecen como criterio básico la presencia de angustia, evitación social y temor a la evaluación negativa (Chaves & Castaño, 2008).

La angustia durante las interacciones sociales denota un aprendizaje previo donde la presencia de otras personas ha adquirido la propiedad de estímulo evocador de ansiedad. A esta respuesta emocional suele acompañarla la manifestación de respuestas

autonómicas (sudoración, temblor, taquicardia, ruborización, etc.), las cuales, al hacerse evidentes ante los demás, avergüenzan a la persona y la hacen más consciente de sus cogniciones, emociones negativas, errores de comportamiento y de las mismas reacciones autonómicas (Bados, 2009). En cuanto a la conducta de evitación social, su alta probabilidad de ocurrencia responde a una historia de aprendizaje en el que la evasión de interacciones sociales es reforzada por la retirada inmediata del estímulo evocador de ansiedad (la presencia de otras personas) (Labrador, 2008).

En relación al temor a la evaluación negativa, las teorías de enfoque cognitivo sustentan que éste es el factor más importante, puesto que tal sintomatología cognitiva desencadena los demás componentes de la ansiedad social (Caballo, 2007). Desde éste modelo, los aspectos centrales del problema giran en torno a las creencias irracionales y las distorsiones de la percepción de sí mismos y de los demás. A nivel cognitivo, la persona con ansiedad social está excesivamente atenta a la apreciación que las personas hacen de su desempeño social, minimiza sus aciertos, maximiza sus fallas, es exigente y dura consigo misma (Beck y Clark, 2012).

Por su parte, para Starcevic y David-Berle (2006), en la fobia social, el eslabón que explica los vínculos entre temor a la evaluación negativa y la atención autofocalizada es el constructo de “sensibilidad a la ansiedad”, el cual es entendido como intolerancia a la incertidumbre, al malestar autonómico y emocional. Desde corrientes más actuales como el enfoque contextual y las terapias de tercera generación, la “evitación experiencial” es un constructo similar en el cual la persona es intolerante al malestar psicológico y se orienta activamente a despojarse de tal sensación desagradable (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014). En ambos casos, la persona presenta la necesidad de evadir la ansiedad lo que la lleva a prever situaciones de evaluación negativa y estar pendiente de sus propios defectos con el fin de evitar ser avergonzado.

Identificación del paciente

Fred es un adulto varón de 22 años de edad, soltero y sin hijos. Es de estatura promedio, contextura gruesa, tez clara y cabello liso. Se encuentra en el sexto ciclo de la carrera de contabilidad en una universidad particular, sin embargo, ha suspendido sus estudios desde hace 8 meses. Vive junto a sus padres y sus dos hermanos mayores y jamás se ha desempeñado laboralmente.

Motivo de consulta

Fred refiere tener problemas para aproximarse a las personas y hacer amigos. Indica que al tratar de hablar con las personas siente una intensa ansiedad acompañada de una aceleración de la frecuencia cardiaca, coloración del rostro, temblor y sudoración de las manos. Al sentir esta sensación de desagrado tiene la inevitable necesidad de salir del lugar en el que esté y buscar un lugar en donde nadie lo pueda ver. Asimismo, tiene constantes preocupaciones por “el qué dirán las personas al verlo”, “que se burlarán de él”, “que nadie lo quiere”, “que siempre va a estar solo” y “que no encaja en los grupos porque es diferente a los demás”. Cabe destacar que estas reacciones se presentan ante todas las personas a excepción de su familia cercana.

Actualmente dice encontrarse muy preocupado de su situación, pues cada vez siente más miedo de hablar con las personas a tal punto de tener dificultades para comprar en la tienda, caminar por la calle, responder a los saludos de sus vecinos y pedir ayuda cuando lo necesita. Sus temores le han llevado a aislarse cada vez más en casa y a distanciarse de los pocos amigos que tenía; refiere que esto le ha llevado a sentirse profundamente triste y desesperanzado de su futuro.

Antecedentes de importancia

El paciente refiere que siempre ha sido tímido desde que era niño, tendiendo a quedarse en casa con sus hermanos en lugar de salir a jugar con los demás niños del vecindario o sus compañeros del colegio. Por su parte, los padres solían ser muy estrictos con los permisos, resaltando a sus hijos que en la calle hay personas que podrían hacerles daño. Fred también destaca que, cuando era niño, su madre solía dar mucha importancia a la opinión de los vecinos respecto a la apariencia de su casa y de la presentación de sus hijos.

Durante la adolescencia el comportamiento introvertido de Fred se hizo más notorio tendiendo a asilarse de sus compañeros. Durante los recreos solía quedarse en su carpeta o ir a la azotea del colegio u otro lugar donde pudiera estar solo. Se relacionaba poco aún con los compañeros más tranquilos de su salón. Su peculiar soledad y su contextura gruesa le llevaron a ser la burla de algunos de sus compañeros quienes lo acosaban poniéndole apodos.

Al ingresar a la universidad, Fred se propuso ser más sociable y desenvuelto; sin embargo, las experiencias vividas durante su adolescencia habían reforzado su inseguridad con las personas. Solía exigirse mucho en su desenvolvimiento social y evaluar críticamente su desempeño, esto lo llevó a ser cada vez más negativista respecto a sus habilidades sociales y la opinión de los demás.

Conforme pasó el tiempo comenzó a sentirse más ansioso en las relaciones sociales, se sentía abrumado al estar junto a tantas personas en el salón de clases, cuando caminaba por la calle sentía la sensación de que la gente lo miraba y se burlaban de él. Su elevada ansiedad hizo que faltara reiteradamente a clases hasta que dejó de ir permanentemente, los pocos amigos que llegó a tener en la universidad comenzaron a distanciarse ya que Fred no les respondía los mensajes o era muy cortante.

Evaluación y diagnóstico

Para una evaluación integral del caso, se emplearon tres métodos de recolección de datos (entrevista, registros directos y registros indirectos). A continuación, se detallan cada una de las técnicas e instrumentos de evaluación.

Entrevista

– Entrevista conductual semiestructura de Fernández-Ballesteros (1994). Entrevista semiestructurada basada en el modelo teórico propuesto por Staats. Recoge una primera información sobre la demanda del paciente y los aspectos potencialmente relevantes de la situación problemática presentada en un contexto clínico y de la salud.

Registros directos

– Registro Observacional de Habilidad Conversacional de Kelly (2002). Registro estructurado fundamentado en la evaluación de habilidades sociales. Se dirige a evaluar 7 componentes conductuales referidos a la habilidad del cliente para conversar con otra persona durante el ensayo conductual. Permite registrar: 1) el porcentaje de tiempo que mantiene contacto visual con el interlocutor, 2) la cordialidad en la conversación mediante expresiones de calidez, escucha atenta y reforzamiento de la conversación del interlocutor; 3) empatía, mediante expresiones

faciales que reflejen la expresión afectiva del interlocutor, 4) el volumen de voz que permita expresar con claridad sus verbalizaciones, 5) presencia de preguntas conversacionales para obtener información del interlocutor, 6) expresión de información personal y 7) Duración de la interacción. Cada una de estas habilidades se evalúan en una escala de 0 a 100.

– Registro Observacional de Frecuencia de Exposición a la Interacción Social. Con este registro se determinó el número de veces que Fred sale de su casa a hacer los mandados u otras actividades que requieran exponerse a situaciones de interacción social; para ello se solicitó el apoyo de la madre del paciente quien 10 veces al día debía ordenar a Fred realizar una actividad que implique interacción social (Salir a comprar a la tienda, pedirle algo a los vecinos, comprar comida en el restaurante, etc.).

Registros indirectos

– Escala de evitación social y angustia (*Social Avoidance and Distress, SAD*) desarrollada por David Watson y Ronald Friend (1969) y adaptada al castellano por Chaves y Castaño (2008). Consta de 28 ítems que se refieren a la ansiedad y evitación asociadas a interacciones sociales.

– Escala de temor a la evaluación negativa (*Fear of Negative Evaluation, FNE*) desarrollada por David Watson y Ronald Friend (1969) y adaptada al castellano por Chaves y Castaño (2008). Consta de 30 ítems y evalúa las propias expectativas a ser evaluado negativamente por los demás.

– Autoregistros, con los cuales se evaluó la frecuencia de los contactos sociales, sus antecedentes y consecuentes, la escala de unidades subjetivas de ansiedad (SUDS), síntomas fisiológicos, pensamientos negativos y conductas de evitación.

Análisis funcional

Tras la recopilación de información obtenida por las diferentes fuentes mencionadas, se procedió a sintetizar los datos y contrastar el diagnóstico de TAS (Trastorno de Ansiedad Social) según los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – DSM-V (APA, 2013). Asimismo, se procedió a realizar el análisis funcional

del caso cuya representación se muestra en el diagrama expuesto en la Figura 1, según los criterios de Haynes y colaboradores (2011).

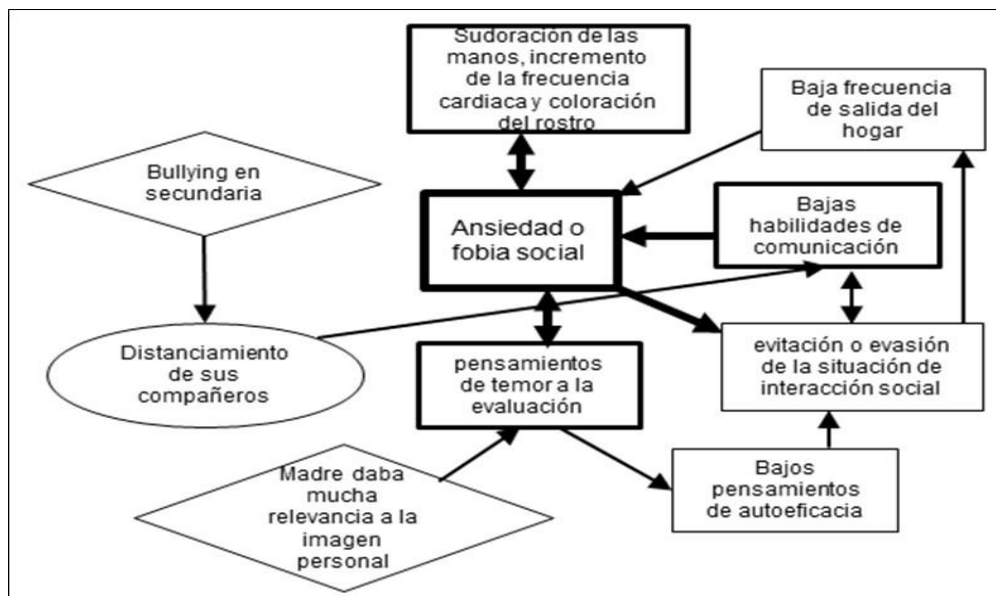


Figura 1. Representación gráfica del análisis funcional.

Diagnóstico funcional

Excesos conductuales: Cuando Fred se expone a una situación de interacción social presenta conductas problemáticas de tipo respondiente y operante. Entre las conductas respondientes se observa: 1) elevada sensación de ansiedad, 2) sudoración de las manos, 3) incremento de la frecuencia cardíaca y 4) coloración del rostro. Entre las conductas operantes se observa: 1) pensamientos de temor a la evaluación negativa, los cuales son reforzados por su utilidad para prevenir sucesos desagradables y 2) conducta de evitación de la situación de interacción social, reforzada por el retiro de la situación desagradable y la reducción de ansiedad.

Debilitamientos conductuales: El cliente presenta bajos niveles de: 1) aproximación a otras personas, 2) habilidades de comunicación, 3) frecuencia de salidas del hogar y 4) pensamientos de seguridad y autoeficacia. Si bien en ocasiones presenta estas conductas, suelen ser poco frecuentes.

Déficits conductuales: Fred no dispone de habilidades de relajación, por lo que al estar ante una situación generadora de ansiedad no cuenta con herramientas para controlar su estado tensión.

MÉTODO

Tipo de investigación

El presente estudio presenta un diseño experimental de caso único multivariable – ABCDEA.

Objetivos conductuales terminales

1. Reducir el nivel en la Escala de Evitación Social y Angustia (SAD) a un valor no mayor al percentil 50 (baja evitación).
2. Reducir el nivel en la Escala de Temor a la Evaluación Negativa a un valor no mayor al percentil 50 (bajo temor).
3. Incrementar el nivel de las habilidades conversacionales a un mínimo de 50 puntos en la
4. Reducir la ansiedad ante o durante las interacciones sociales diarias a un máximo de 20 SUDS.
5. Incrementar la frecuencia de exposición a interacciones sociales diarias a un 80%.

Variables

Las variables independientes fueron 4 procedimientos terapéuticos ejecutados de manera consecutiva: 1) Relajación progresiva de Jacobson, 2) Reestructuración cognitiva, 3) Entrenamiento en habilidades sociales y 4) Exposición in vivo.

Las variables dependientes fueron: 1) Nivel de evitación social y angustia, 2) Nivel de temor a la evaluación negativa, 3) Nivel de habilidades conversacionales 4) Ansiedad ante o durante la interacción social y 5) Frecuencia de exposición a interacciones sociales. Estas dos últimas variables se registraron diariamente durante dos semanas de evaluación, doce de intervención y una de seguimiento.

Proceso de intervención

Se procedió a aplicar un tratamiento cognitivo conductual basado en los principios propuestos por Vicente Caballo (2007) para el tratamiento de la ansiedad social generalizada, el cual incluye principalmente 4 técnicas de intervención: relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y exposición in vivo;

las mismas que se han tomado como variables independientes para el presente estudio. Las sesiones tuvieron duración de una hora cada una y se realizaron semanalmente durante un periodo de 3 meses. La Tabla 1 muestra el contenido de las sesiones.

Tabla 1.

Contenido de las sesiones

Sesión	Contenido de las sesiones
1	Psicoeducación y relajación progresiva
2	Relajación progresiva e introducción a los autoregistros
3	Relajación progresiva y reestructuración cognitiva
4	Relajación progresiva y reestructuración cognitiva
5	Reestructuración cognitiva
6	Introducción a las habilidades sociales
7	Entrenamiento en habilidades comunicativas
8	Entrenamiento en habilidades comunicativas
9	Ensayo conductual y exposición in vivo
10	Ensayo conductual y exposición in vivo
11	Ensayo conductual y exposición in vivo
12	Ensayo conductual y exposición in vivo

Durante la primera sesión se incluyó la psicoeducación como fase preparatoria en la cual se explicó al paciente un breve contenido acerca de las implicancias de la ansiedad social, los fundamentos del tratamiento y el acuerdo de objetivos. Asimismo, se verificó la motivación y las expectativas con respecto al programa de intervención.

A continuación, se detallan los componentes del tratamiento empleado:

Tratamiento 1: Relajación Progresiva de Jacobson

Desarrollada en 1939 por Edmund Jacobson, es una de las técnicas que ha demostrado mayor eficacia para el control de los estados de ansiedad. El procedimiento consiste en la tensión y distensión de grupos musculares y la percepción de las sensaciones corporales que se producen como efecto. El entrenamiento continuo de esta práctica elimina casi por completo las tensiones y contracciones musculares induciéndose un estado de relajación profunda (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

El entrenamiento en esta técnica se llevó a cabo de modo primordial durante las sesiones 1, 2, 3 y 4, siendo empleada en posteriores sesiones de manera ocasional y de acuerdo a la necesidad de la situación. Las tareas para la casa también incluyeron la práctica continua de la relajación progresiva con un mínimo de dos aplicaciones diarias con el objetivo de desarrollar mayor destreza.

Tratamiento 2: Restructuración Cognitiva

La reestructuración cognitiva implica una diversidad de procedimientos dirigidos a entrenar al paciente a comprender la relación entre pensamiento-emoción, identificar los pensamientos negativos que alteran el desenvolvimiento y aprender a modificarlos a voluntad cuestionando la credibilidad de los mismos (Beck et al, 2010).

El entrenamiento en esta técnica se llevó a cabo principalmente durante las sesiones 3, 4 y 5, siendo empleado posteriormente de manera circunstancial y de la mano con el entrenamiento en habilidades sociales.

Durante la primera sesión en entrenamiento en reestructuración cognitiva, se procedió a enseñar el llenado de autoregistros, identificando los acontecimientos activadores, los pensamientos automáticos, las emociones, las reacciones físicas y la conducta motora, así como las consecuencias obtenidas. Esta actividad se incorporó a las tareas de casa siendo un elemento central para las subsiguientes sesiones. Esta sesión también incluyó la identificación de las creencias irracionales más comunes en la vida del paciente.

Durante la cuarta sesión se procedió a analizar los pensamientos más comunes encontrados en los autoregistros. Mediante la técnica del “Descubrimiento guiado” (Beriso et al, 2003) se procedió buscar las creencias intermedias y los pensamientos centrales del paciente, para después realizar el debate de pensamientos. La sesión también incluyó el entrenamiento en identificación de distorsiones cognitivas.

La quinta sesión se dirigió a repasar nuevamente la práctica de debate de pensamiento e integrar las técnicas de “las tres columnas” y “la comprobación de hipótesis”, las cuales simplificaron el proceso de debate.

Tratamiento 3: Entrenamiento en Habilidades Sociales

El entrenamiento en habilidades sociales implica un conjunto de técnicas orientadas a mejorar la calidad de las relaciones interpersonales (Kelly, 2002). Aunque el

entrenamiento puede dirigirse a diferentes prácticas sociales, para la presente investigación solo nos hemos centrado en el entrenamiento de la habilidad conversacional, la cual contiene 7 componentes conductuales descritos en el Registro observacional de habilidad conversacional detallado en el acápite de evaluación y diagnóstico.

El entrenamiento se llevó a cabo durante las sesiones 6, 7 y 8, siendo el elemento de preparación para la exposición a interacciones sociales reales.

Las tres sesiones de entrenamiento manejaron el mismo formato, aunque con diferentes situaciones simuladas. Cada sesión incorporó técnicas de modelado, ensayo conductual, retroalimentación y reforzamiento. Se seleccionaron algunas de las experiencias recabadas en los autoregistros y se representaron en role-play con el objetivo de encontrar métodos efectivos de comunicación y ponerlas en práctica. La retroalimentación permitió a Fred identificar con precisión los componentes conductuales que necesitaba perfeccionar y con el refuerzo continuo fue obteniendo mayor confianza en sus capacidades. Cabe destacar que los ensayos conductuales se hicieron solo con el terapeuta pero en diferentes ambientes siendo estos: el consultorio, la puerta de la casa, la vereda y en un parque cercano.

Tratamiento 4: Exposición in vivo

Las intervenciones basadas en la exposición son consideradas un ingrediente esencial de todas las intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos de ansiedad (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). El objetivo de la práctica es extinguir la respuesta de aversión y habituar al paciente al estímulo temido.

Las sesiones 9, 10, 11 y 12 estuvieron dirigidas específicamente a practicar la interacción social con diversas personas en diferentes contextos. Las técnicas anteriormente instruidas sirvieron de apoyo para facilitar el enfrentamiento a los temores. Fred empleó relajación cuando sentía que su nivel de ansiedad era demasiado elevado (más de 60 SUDS) y reestructuración cognitiva cuando presentaba temor a la evaluación de los demás. El entrenamiento en habilidades sociales le permitió incorporar a su repertorio conductas básicas para interactuar con mayor facilidad.

En cada sesión se expuso ante 2 o 3 situaciones de interacción con personas desconocidas. Luego de cada exposición se discutieron las emociones y pensamientos

experimentados y se reforzó cada logro alentándose a continuar con la siguiente exposición.

RESULTADOS

Los resultados de la intervención se observan en base a las puntuaciones de la Escala de Evitación Social y Angustia (SAD) y la Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE) detallado en la Figura 2 y Figura 3 respectivamente. Se realizaron evaluaciones en 5 oportunidades. La primera evaluación se realizó antes del tratamiento (Pre-test); la segunda evaluación, posterior al tratamiento (Post-test). Adicionalmente se llevaron a cabo tres evaluaciones de seguimiento para corroborar la estabilidad de los cambios conductuales.

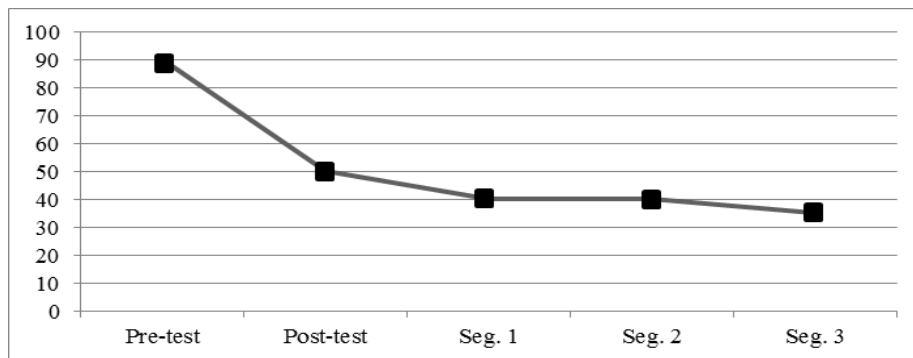


Figura 2. Puntuación Percentil de la Escala de Evitación Social y Angustia (SAD).

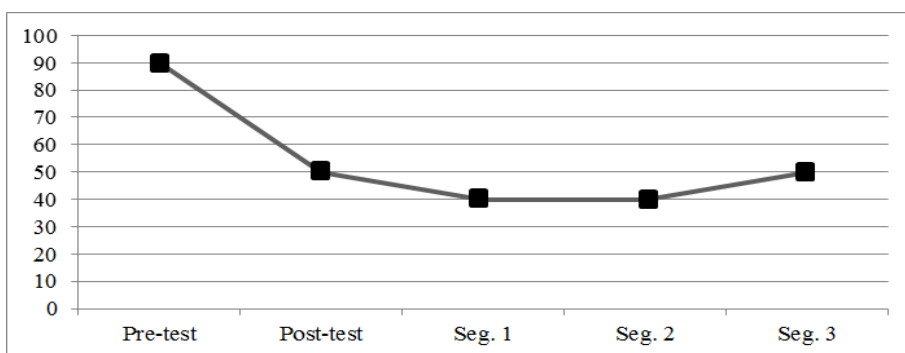


Figura 3. Puntuación Percentil de la Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE).

La Figura 4 muestra la evolución de la ansiedad percibida ante o durante las interacciones sociales en cada uno de los días que duró el estudio. Esta evaluación se

realizó en base a la escala de unidades subjetivas de ansiedad (SUDS) donde “0” es ausencia de ansiedad y “100” es máximo exceso de ansiedad. Asimismo, la Figura 5 muestra la evolución de la frecuencia de exposición a interacciones sociales por día. Para este registro, la madre del paciente anotó diariamente el número de veces que Fred ejecutó una actividad que implique interacción social (Salir a comprar a la tienda, pedirle algo a los vecinos, comprar comida en el restaurante, etc.). Cabe resaltar que cada día estaban programadas un máximo de 10 actividades de interacción social.

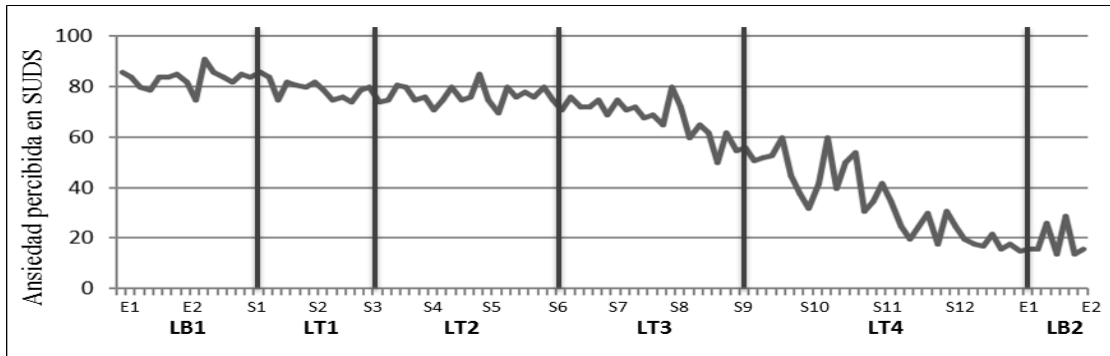


Figura 4. Ansiedad percibida de acuerdo a la escala de unidades subjetivas de ansiedad (SUDS) durante las interacciones sociales diarias.

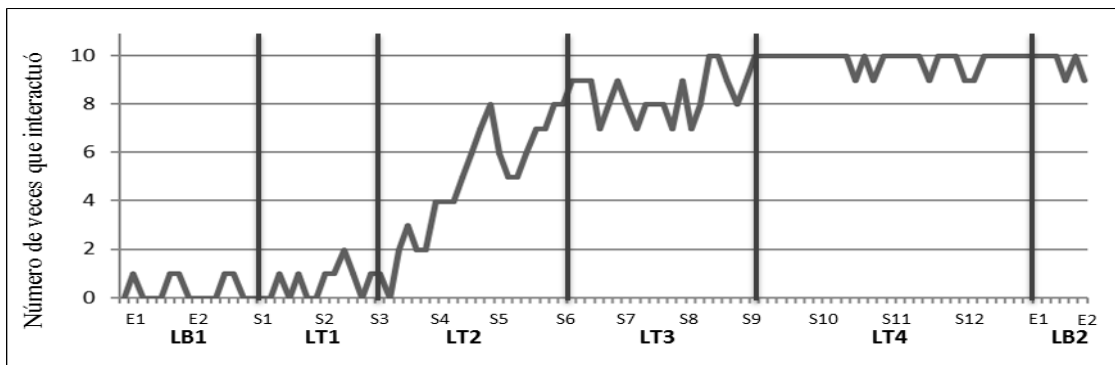


Figura 5. Frecuencia de exposición a las interacciones sociales diarias.

En base al registro de observación de Habilidad Conversacional de Kelly (2002), la Figura 6 muestra las diferencias de habilidades conversacionales antes y después del tratamiento en una escala de 0 a 100.

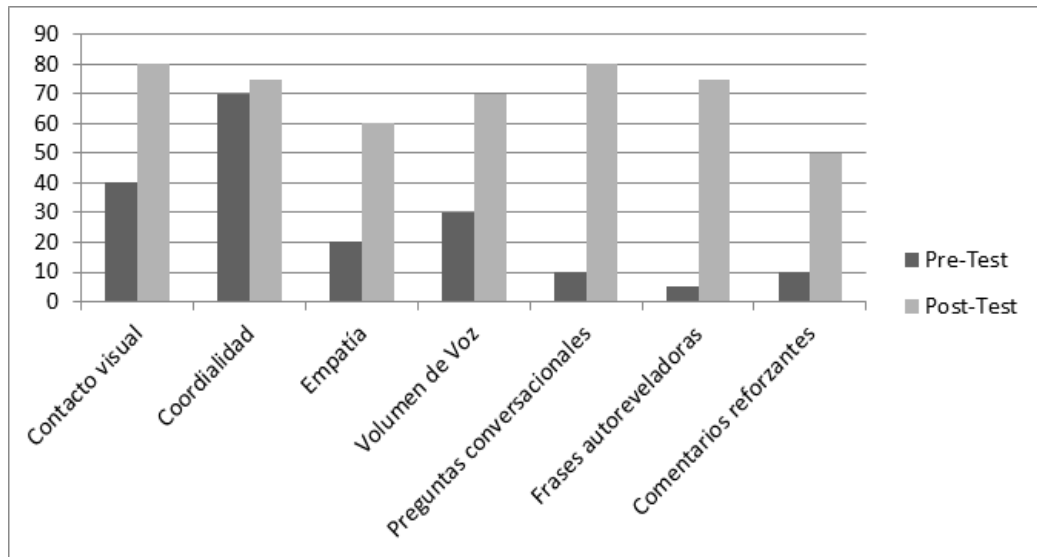


Figura 6. Contraste Pre y Post test de las habilidades conversacionales.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo por objetivo comprobar la eficacia de un tratamiento Conductual-Cognitivo en un paciente con Trastorno de Ansiedad Social (TAS). En términos topográficos y funcionales, el tratamiento ha demostrado ser eficaz en cuanto: a) Disminuyó considerablemente la ansiedad durante la interacción social, b) redujo el temor a la evaluación negativa a niveles normales, c) incrementó la frecuencia de interacciones sociales del paciente y se logró generar estos cambios en un periodo corto de tiempo.

Resulta interesante observar que los cambios conductuales, en cuanto a la frecuencia de exposición social, se dan a partir de la intervención con la reestructuración cognitiva, no sucediendo lo mismo con la ansiedad percibida, por lo que se puede deducir que los cambios de pensamiento alientan a la acción, pero no necesariamente generan cambios significativos sobre las emociones. Sin embargo, tras la aplicación del entrenamiento en habilidades sociales (y el uso de ensayos conductuales), los cambios emocionales parecen hacerse notorios, siendo posible que la práctica continua genere mayor confianza a la hora de realizar una acción y por tanto menos ansiedad. No obstante, también es importante destacar que antes del ensayo conductual la frecuencia de exposición social ya venía incrementándose tras la reestructuración cognitiva y, por tanto, proporcionando destreza al paciente. Durante la fase de tratamiento 4 “exposición in vivo”, los cambios conductuales, al igual que los emocionales, se hacen más notorios.

Antes del tratamiento el paciente presentó una serie de excesos conductuales que repercutían negativamente en su desenvolvimiento social tales como elevada ansiedad, reacciones autonómicas, pensamientos negativos de sí mismo, distorsiones cognitivas y conducta evitativa, todas ellas evocadas por el mismo estímulo, la interacción social. Resulta interesante observar que aparentemente estas conductas son disfuncionales e inadaptativas. Sin embargo, al analizar con detenimiento el caso, se observa que el paciente también presenta debilitamientos y carencias conductuales tales como la falta de habilidades sociales, cognitivas o de regulación emocional, siendo éstas unos elementos esenciales para la adaptación a un entorno demandante. La carencia de dichas conductas podría ser el inicio de la búsqueda infructífera del paciente por encontrar alternativas que proporcionan un alivio inmediato y momentáneo tales como evitar las situaciones donde percibe que “no es habilidoso” o prever cognitivamente “las circunstancias incómodas” en las que no sabrá que hacer o decir. Bajo éste marco, se entiende el problema como un déficit de conductas operantes, por tanto, el procedimiento terapéutico deberá orientarse a ofrecer otras alternativas conductuales a modo de Reforzamiento Diferencial de Otras conductas (RDO).

Sin embargo, al observar el caso desde otro marco, observamos que la ansiedad puede llegar a generar una condición incapacitante y paralizar el desarrollo personal impidiendo hacer actividades como laborar, educarse o recrearse. Tales indicadores diferencian un trastorno de un problema cotidiano de ansiedad. Cuando se manifiestan condiciones incapacitantes (condiciones que impiden a la persona a actuar) el tratamiento necesita orientarse primero a reducir los altos niveles de ansiedad (empleando técnicas psicológicas o médicas) para luego poder proceder con el RDO.

Por último, es importante destacar la variedad de técnicas empleadas en la intervención de la Ansiedad social al igual que en la mayoría de Desórdenes Emocionales en tanto que se presentan problemas conductuales a nivel autonómico, emocional, cognitivo, motor y social.

A forma de conclusión, los resultados demostrados en el presente artículo demuestran la eficacia del Tratamiento Conductual-Cognitivo sobre el Trastorno de Ansiedad Social. Asimismo, permite observar gráficamente el proceso de cambio impulsado por 4 técnicas considerablemente estudiadas entre los tratamientos

psicológicos eficaces. Se confirma la idoneidad del tratamiento conductual-cognitivo para la atención de pacientes diagnosticados con el síndrome clínico mencionado.

La ansiedad social es un trastorno que presenta problemas conductuales en diferentes niveles, por lo que se requiere de una intervención integral abarcando aspectos autonómicos, emocionales, cognitivos, motores y sociales.

REFERENCIAS

- Anicama, J. (2010). *Análisis y modificación del comportamiento en la práctica clínica*. Lima: Asamblea Nacional de Rectores
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Arlington, V.A.: American Psychiatric Publishing.
- Bados, A. (2009). *Fobia social. Naturaleza, evolución y tratamiento*. España: Universidad de Barcelona.
- Beck, A. & Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Nueva York: Desclée De Brouwer.
- Beck, A., Emery, G., Rush, A. y Shaw, B. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión (19ª Ed.)*. Nueva York: Desclée De Brouwer.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología volumen I*. España: McGRAW-HILL.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología volumen II*. España: McGRAW-HILL.
- Beriso, A., Planz, B., Sánchez-Guerra, M. y Sánchez, D. (2003). *Cuaderno de terapia cognitivo-conductual. Una orientación pedagógica e integradora*. Madrid: Editorial EOS.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1)*. Madrid: SigloXXI.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 2)*. Madrid: SigloXXI.

- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Chaves, L y Castaño, C (2008). Validación de las escalas de evitación, ansiedad social y temor a la evaluación negativa en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 65-76.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva (Vol. I)*. Nueva York: Desclée De Brouwer.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva (Vol. II)*. Nueva York: Desclée De Brouwer.
- Fernández-Ballesteros (1994), *Evaluación conductual hoy*, Madrid: Pirámide.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.
- Haynes, S.N., Godoy, A. y Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Kelly, J. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales (7a. ed.)*. Nueva York: Desclée De Brouwer
- Labrador, F. y Crespo, M. (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla (8a ed.)*. Madrid: Prentice Hall
- Montgomery, W. (2014). *Teoría, evaluación y cambio de la conducta*. Lima: APTTA.
- Olivares, J. (2005). *Programa IAFS. Protocolo para la intervención en adolescentes con fobia social*. Madrid: Pirámide.
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales*. Nueva York: Desclée De Brouwer

Sánchez Meca, J., Rosa Alcázar, A.I. y Olivares Rodríguez, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20 (1), 55-68.

Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. México: Manual moderno

Starcevic, V. y David-Berle, B.A. (2006). Theoretical review cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs. *Depression and Anxiety*, 23, 51-61.

Westenberg, P.M., Drewes, M.J., Goedhart, A. W. Siebelink, B.M. y Treffers, P.D. (2004). A developmental análisis of investigación of self-reported fears in late childhood through mid-adolescence: social-evaluative fears on the rise. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (3), 481-495.