



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2025-2026

Trabajo Fin de Máster

Ansiedad social: un estudio de caso desde un enfoque analítico-conductual

Autor: David García Villacieros

Tutor: Ricardo Bencomo Pérez

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.JRBP.DGV.251209

Convocatoria: Enero 2026.

Resumen

En la actualidad, los trastornos de ansiedad son uno de los problemas de salud mental más prevalentes en la población española. La ansiedad social se caracteriza por un temor intenso a la exposición y evaluación social, que conduce a conductas de evitación y limita significativamente la interacción social, con un impacto negativo en la autovaloración y en el desarrollo personal y laboral. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de una intervención, basada en un enfoque analítico-conductual, en un joven de 28 años con diagnóstico de trastorno de ansiedad social. Para la evaluación se emplearon las pruebas psicométricas LSAS, AAQ-II, EHS, RSES y PHQ-9, además de autorregistros conductuales. El participante mostraba niveles altos de evitación social, así como bajas puntuaciones en autoestima y habilidades sociales. Se aplicó un tratamiento con procedimientos conductuales, basados en un análisis funcional dinámico, que incluyó exposición, técnicas de relajación y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados muestran una reducción de las conductas de evitación y de la ansiedad en situaciones sociales, así como una mejora en la autoestima y las habilidades sociales. Se concluye que una intervención conductual puede conseguir un cambio clínico relevante en el tratamiento de la ansiedad social. Se destaca la importancia de adoptar una mirada funcional del caso, contemplando el contexto de la persona y su historia de aprendizaje, y de complementar las pruebas estandarizadas con registros conductuales.

Palabras clave: ansiedad social, intervención conductual, análisis funcional, técnicas de exposición, autoestima, habilidades sociales.

Abstract

Anxiety disorders are currently one of the most prevalent mental health problems in the Spanish population. Social anxiety is characterised by an intense fear of social exposure and evaluation, which leads to avoidance behaviours and significantly limits social interaction, with a negative impact on self-esteem and personal and professional development. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of an intervention based on a behaviour-analytic approach in a 28-year-old man diagnosed with social anxiety disorder. The LSAS, AAQ-II, EHS, RSES and PHQ-9 psychometric tests were used for the evaluation, in addition to behavioural measures. The participant showed high levels of social avoidance, as well as low scores on self-esteem and social skills. Treatment was applied using behavioural procedures based on dynamic functional analysis, which included exposure, relaxation techniques, and social skills training. The results show a reduction in avoidance behaviours and anxiety in social situations, as well as an improvement in self-esteem and social skills. It is concluded that behavioural intervention can achieve clinically relevant change in the treatment of social anxiety. The importance of adopting a functional view of the case, considering the person's context and learning history, and of complementing standardised tests with behavioural records is highlighted.

Keywords: social anxiety, behavioural intervention, functional analysis, exposure techniques, self-esteem, social skills.

Los trastornos de ansiedad son, actualmente, los problemas de salud mental que más se registran en atención primaria. En España, el 6,7% de la población con tarjeta sanitaria presenta algún problema de tipo ansioso (Domínguez et al., 2024), mientras que en la población general la prevalencia asciende al 12,6%, con una mayor afectación en mujeres (16,5%) que en hombres (8,7%) (Ministerio de Sanidad, 2021). En concreto, el trastorno de ansiedad social presenta una prevalencia específica aproximada del 1,3% en población adulta española, según criterios diagnósticos estandarizados (Stein et al., 2017).

La ansiedad se puede definir como una respuesta anticipatoria ante situaciones reales o imaginadas, acompañada de síntomas fisiológicos y cognitivos como nerviosismo, activación autónoma e hipervigilancia (Rodríguez y Pérez, 2020). En este marco, la ansiedad social se caracteriza por un temor intenso y persistente a las situaciones de exposición social y evaluación negativa, lo que lleva a conductas de evitación que restringen de forma significativa las posibilidades de interacción social. Esta limitación repercute negativamente en la autovaloración, el desarrollo personal y laboral, y reduce las oportunidades a largo plazo (Díaz et al., 2023).

Desde una perspectiva psicológica y conductista, la ansiedad social no se puede entender únicamente como un conjunto de síntomas internos, sino como un patrón de interacción entre el individuo y su contexto. La evitación de situaciones sociales y el uso de estrategias de seguridad juegan un papel central en el mantenimiento del problema, ya que reducen el malestar a corto plazo mediante reforzamiento negativo, pero refuerzan la conducta evitativa y la interferencia funcional a largo plazo (Hayes et al., 2012; Mowrer, 1947; Skinner, 1953).

Hay dos variables que están directamente relacionadas con la ansiedad social: la evitación experiencial y la autoestima. La evitación experiencial se define como cualquier conducta destinada a escapar o evitar experiencias internas desagradables aún cuando

resulte perjudicial o disfuncional (Hayes et al., 2016). Estudios recientes han evidenciado una relación positiva entre evitación experiencial y niveles más altos de ansiedad social (Kashdan et al., 2014; Soltani et al., 2018; Stork et al., 2023).

La autoestima también se relaciona con la ansiedad social, pero de forma inversa. A menores niveles de autoestima, mayor es la ansiedad social (Caballo et al., 2018; Iancu et al., 2015). Froxán (2020) la conceptualiza como el conjunto de verbalizaciones que una persona realiza sobre sí misma, incluyendo pensamientos adaptativos o desadaptativos que influyen en emociones y conductas, como evitar situaciones sociales. Este repertorio verbal se aprende y modifica a través de la interacción con el entorno y la retroalimentación recibida, de manera que, cuando predomina un discurso negativo, puede consolidarse y generar emociones desagradables y conductas de seguridad, lo que contribuye al mantenimiento del problema (Catania, 2013; Collado et al., 2022). Además, experiencias tempranas de victimización, como el bullying en la infancia, pueden predisponer a niveles más bajos de autoestima, incrementando así la vulnerabilidad a desarrollar ansiedad social en la adolescencia y adultez (Balluerka et al., 2023).

Tanto la División 12 de la APA (Society of Clinical Psychology, 2025) como las guías clínicas de NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2013), consideran la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) el tratamiento de primera elección para el trastorno de ansiedad social, respaldada por evidencia sólida en la reducción de síntomas y la mejora del funcionamiento social. Revisiones sistemáticas recientes confirman esta eficacia (Segovia Vega y De la Cruz Gil, 2025; Sun et al., 2025; Tirado y Higareda, 2025).

La investigación también indica que, dentro de la TCC, los componentes conductuales, especialmente la exposición, constituyen el núcleo del cambio terapéutico (Bados, 2009; Ballesteros y Labrador, 2018; Hofmann y Smits, 2008; Šipka et al., 2025).

De hecho, el metaanálisis clásico de Feske y Chambless (1995), comparó tratamientos de exposición pura frente a TCC completa en fobia social y encontró que ambos enfoques eran igual de eficaces en la reducción de síntomas de ansiedad social.

Desde el análisis de la conducta, los pensamientos y autoverbalizaciones pueden entenderse como conducta verbal, aprendida y mantenida por sus consecuencias, al igual que cualquier otra forma de comportamiento (Skinner, 1957). En esta línea, Froján-Parga et al. (2017) señalan que los procedimientos cognitivos tradicionales no actúan sobre entidades mentales internas, sino que influyen en la conducta verbal y en su función, lo que permite integrar dichas técnicas en un marco analítico-conductual. En coherencia con este planteamiento, en este trabajo la intervención se centra en procedimientos conductuales, como la exposición gradual, el entrenamiento en habilidades sociales y la modificación de patrones de evitación, interpretando las autoverbalizaciones negativas como un repertorio conductual más, influido por las contingencias de la historia de aprendizaje del participante.

La literatura reciente recoge estudios de caso que han mostrado la utilidad de diferentes intervenciones psicológicas en el trastorno de ansiedad social. Se han descrito mejoras relevantes tanto desde enfoques cognitivo-conductuales tradicionales (Reguera Lozano, 2021; Xu y Zhang, 2025), como desde la terapia breve estratégica (Arriaga-Calderón et al., 2023), así como desde enfoques contextuales que destacan la disminución de la evitación experiencial como proceso de cambio (Ponce-Alencastro et al., 2021). Estos estudios aportan un marco comparativo para este trabajo, que se diferencia por basar la intervención en el análisis funcional del caso y priorizar el uso de procedimientos conductuales.

El objetivo del trabajo es describir y evaluar la eficacia de una intervención psicológica desde un enfoque analítico-conductual, en una persona con diagnóstico de trastorno de ansiedad social.

Se hipotetiza que, tras la intervención, la persona presentará una reducción clínicamente significativa de la ansiedad social y de las conductas de evitación, así como una mejora en las habilidades sociales, la autoestima y el funcionamiento social general, reflejada tanto en medidas psicométricas como en autorregistros conductuales.



Método

Participante

El participante, en adelante “Juan” (nombre ficticio), es un varón de 28 años que acude a un hospital de día, en la ciudad de Alicante. Fue derivado desde su Unidad de Salud Mental para un tratamiento más intensivo, debido a sintomatología ansiosa persistente y dificultades en el ámbito social. Recibe un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Social. En el momento de la evaluación, se encontraba en tratamiento farmacológico estable con sertralina (100 mg/día). Actualmente reside con sus padres y trabaja en una fábrica con turnos rotativos. Tiene estudios básicos.

Historia del problema

Los primeros síntomas de ansiedad aparecieron en la infancia, alrededor de los 7 años, cuando Juan sufrió una etapa de acoso escolar caracterizada por burlas, marginación y algún enfrentamiento físico. Esto propició el inicio de sentimientos de inferioridad y ansiedad, que se mantuvieron de forma intermitente hasta la adolescencia. A partir de los 13-14 años, la sintomatología se redujo notablemente, sin interferir en su funcionamiento.

A los 20 años, tras una discusión con una amiga cercana, surgió de nuevo la ansiedad, con mayor intensidad y persistencia. Desde entonces, Juan ha presentado sintomatología ansiosa como sudoración, temblores, dolor de estómago y pensamientos negativos anticipatorios ante situaciones sociales. Aunque la ansiedad no ha impedido que mantenga su vida laboral y sus estudios, sí ha repercutido en su vida social y, sobre todo, en su autoconcepto, generando aislamiento, inseguridad y preocupación constante por la valoración ajena.

Durante estos años, Juan ha desarrollado un patrón de evitación experiencial, caracterizado por rutinas demasiado rígidas, la necesidad constante de aprobación por parte de los demás, actuar de forma complaciente y el rechazo de planes sociales. Esto ha contribuido al mantenimiento del malestar y a la dificultad para acceder a posibles

reforzadores, especialmente en el ámbito social. Actualmente, su rutina semanal se limita a realizar su turno de trabajo, ir al gimnasio, jugar a la consola y, de manera esporádica, quedar con un amigo para ir a cenar.

Evaluación del Caso

Se realizó una primera entrevista para valorar las expectativas y necesidades de Juan, así como para contrastarlas con la información procedente de la derivación. El paciente expresó su voluntad de aprender a controlar la ansiedad y de aumentar tanto la calidad como la cantidad de sus relaciones sociales. También manifestó el deseo de mejorar su autoestima y mostró confianza en que estos cambios le ayudarían a mejorar su estado de ánimo.

A partir de esta demanda, se inició la evaluación desde el área de psicología. Se realizaron tres sesiones de evaluación para recabar toda la información necesaria, con el fin de plantear los objetivos terapéuticos y planificar la intervención.

A través de la entrevista clínica, se obtuvo información referente a sus antecedentes personales y familiares, su historia clínica, su funcionamiento emocional y sus recursos personales. Para completar la evaluación, se utilizaron otros instrumentos clínicos:

- Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS; Liebowitz, 1987; adaptación española: Bobes et al., 1999). Evalúa la gravedad de la ansiedad social mediante la medición del miedo y la evitación que la persona experimenta ante distintas situaciones sociales. Consta de 48 ítems, 24 sobre miedo y 24 sobre evitación. La versión española presenta una adecuada consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach entre 0.72 y 0.88.

- Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES; Rosenberg, 1965; adaptación española para población clínica: Vázquez-Morejón et al.,

2004). Esta escala de 10 ítems, puntuados en una escala tipo Likert de cuatro opciones, evalúa el autoconcepto global o la valoración que la persona tiene de sí misma, reflejando autoaceptación y autocrítica. El alfa de Cronbach de esta adaptación muestra una puntuación de 0.87.

- Escala de Habilidades Sociales (EHS; Gismero, 2022). Evalúa las habilidades sociales, centrándose en la capacidad de la persona para comportarse de manera efectiva y asertiva en diferentes situaciones interpersonales. Consta de 33 ítems agrupados en 6 factores: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con personas del sexo opuesto o que puedan resultar atractivas. Tiene una muy buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.88.

- Cuestionario de Aceptación y Acción II (Acceptance and Action Questionnaire-II, AAQ-II; Bond et al., 2011; adaptación española: Ruiz et al., 2013). Evalúa la inflexibilidad psicológica y la evitación experiencial, es decir, la dificultad para aceptar pensamientos y emociones negativas y la tendencia a evitar situaciones que generan malestar. Consta de 7 ítems en formato Likert.

- Cuestionario de Paciente de 9 ítems para Depresión (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9; Kroenke et al., 2001; validación española: Gómez-Gómez et al., 2023). Mide síntomas depresivos conforme a criterios diagnósticos de depresión (estado de ánimo bajo, pérdida de interés, problemas de sueño, etc.), en formato de 9 ítems. La versión española presenta una adecuada consistencia interna, con un coeficiente de fiabilidad McDonald's omega de 0,87.

- Autorregistros de situaciones sociales. Permiten identificar las situaciones que generan malestar, cómo se comporta la persona en ellas y el nivel de ansiedad asociado,

facilitando el análisis funcional y la evaluación de la mejoría clínica. Un ejemplo del formato utilizado puede consultarse en el Anexo 1.

Análisis Funcional

Con la información recabada en la evaluación, se procedió a formular un primer análisis funcional del caso, el cual se fue ajustando conforme avanzaba la intervención.

A lo largo de la historia de aprendizaje de Juan, las situaciones sociales se han ido condicionando de forma aversiva, debido a las experiencias tempranas de acoso escolar, rechazo y evaluación negativa. Por ello, numerosos estímulos sociales, tanto externos (interacciones, conversaciones, invitaciones) como internos (ansiedad anticipatoria, pensamientos de evaluación, recuerdos), actúan actualmente como estímulos discriminativos (ED) que señalan la posibilidad de malestar, juicio o fracaso social.

Ante la presencia de estos ED, Juan genera de forma automática pensamientos anticipatorios de evaluación negativa, que funcionan como respuestas operantes que aumentan la probabilidad de evitar. Los pensamientos autorreferenciales cumplen una función similar a otras conductas de escape o evitación (rechazar planes, no iniciar conversaciones, abandonar espacio con desconocidos, etc.), ya que reducen el malestar momentáneamente (reforzamiento negativo), aunque mantienen el problema a largo plazo.

Análisis de las conductas problema:

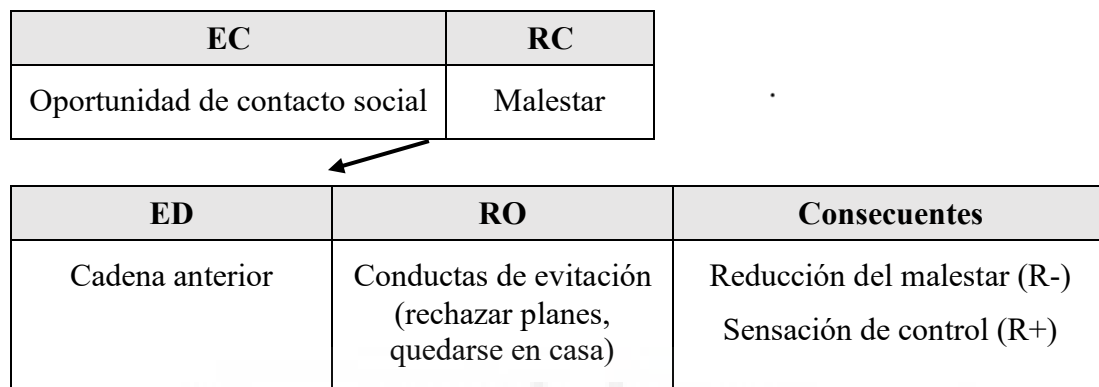
1. Evitación de situaciones sociales.

Ante la presencia de situaciones sociales reales o anticipadas (invitaciones, posibilidad de iniciar interacción, contacto con desconocidos) o estímulos internos relacionados (ansiedad anticipatoria, pensamientos de evaluación), que han sido condicionados previamente de forma aversiva, Juan emite respuestas operantes de evitación, como rechazar planes, no iniciar conversaciones o quedarse en casa.

A corto plazo, esas conductas se mantienen por reforzamiento negativo (alivio del malestar) y reforzamiento positivo (sensación de control). A largo plazo, mantienen el aislamiento, la ansiedad social e impiden el acceso a posibles reforzadores positivos. Véase la Figura 1.

Figura 1

Hipótesis funcional de la evitación de situaciones sociales



Nota. EC = Estímulo Condicionado; RC = Respuesta Condicionada; ED = Estímulo Discriminativo; RO = Respuesta Operante; R- = Reforzamiento negativo; R+ = Reforzamiento positivo.

2. *Pensamientos autorreferenciales negativos.*

Ante los mismos estímulos de la cadena anterior, Juan también emite verbalizaciones operantes negativas: “me van a juzgar”, “no me tienen en cuenta”, “yo no tengo carisma”, “no sabré qué decir”. Funcionan como conductas operantes que facilitan y aumentan el valor reforzante de las conductas de evitación mencionadas anteriormente. Estas verbalizaciones son mantenidas por reforzamiento negativo (reducen la incertidumbre) y reforzamiento positivo (aportan sensación de control y mantienen una coherencia interna). A largo plazo mantienen la ansiedad y la evitación, así como el bajo autoconcepto de Juan. Véase la Figura 2.

Figura 2

Hipótesis funcional de los pensamientos autorreferenciales negativos

EC	RC
Oportunidad de contacto social	Malestar



ED	RO	Consecuentes
Cadena anterior	Pensamientos autorreferenciales negativos	Reducción de incertidumbre (R-) Sensación de control (R+)

Nota. EC = Estímulo Condicionado; RC = Respuesta Condicionada; ED = Estímulo Discriminativo; RO = Respuesta Operante; R- = Reforzamiento negativo; R+ = Reforzamiento positivo.

3. *Conductas de seguridad y complacientes.*

En situaciones sociales en las que Juan anticipa posibles conflictos, juicio o evaluación negativa, emite conductas operantes de seguridad y sumisión, como ceder, no expresar desacuerdo, no poner límites o pensar en exceso lo que va a decir. Estas conductas proporcionan alivio inmediato del malestar (reforzamiento negativo) y sensación de control (reforzamiento positivo) a corto plazo, pero a largo plazo incrementan la autoimagen negativa y la necesidad de aprobación externa, manteniendo la ansiedad. Véase la Figura 3.

Figura 3

Hipótesis funcional de las conductas de seguridad y complacientes

ED	RO	Consecuentes
Situaciones donde anticipa juicio o evaluación externa	Conductas de seguridad (ceder, no expresar desacuerdo, no poner límites)	Reducción del malestar (R-) Sensación de control (R+)

Nota. ED = Estímulo Discriminativo; RO = Respuesta Operante; R- = Reforzamiento negativo; R+ = Reforzamiento positivo.

4. *Bajo estado de ánimo.*

La rutina de Juan está restringida a trabajo, gimnasio y ocio solitario, con escasas oportunidades de contacto social o conductas gratificantes.

La ausencia de discriminativos que señalen la aparición de reforzadores sociales y actividades gratificantes implica que la respuesta operante de participar en actividades no se emite. Entonces, los posibles consecuentes positivos naturales (bienestar, disfrute, apoyo social) no aparecen, perpetuando el aislamiento y provocando un estado de ánimo bajo. Véase la figura 4.

Figura 4

Hipótesis funcional del bajo estado de ánimo

ED	RO	Consecuentes
Falta de discriminativos	Actividades agradables	Bienestar, apoyo social (R+)

Nota. ED = Estímulo Discriminativo; RO = Respuesta Operante; R+ = Reforzamiento positivo.

En conjunto, las conductas problema de Juan forman un patrón circular de mantenimiento. Las situaciones sociales actúan como estímulos discriminativos bajo cuyo control se emiten pensamientos anticipatorios negativos y conductas de evitación o seguridad. Estas verbalizaciones, además, contribuyen a mantener su baja autoestima, entendida no como un rasgo interno estable, sino como un patrón de conducta verbal que se refuerza al reducir momentáneamente la incertidumbre o el malestar. Tanto la evitación como estas verbalizaciones generan alivio inmediato (reforzamiento negativo), pero limitan el contacto con actividades y relaciones potencialmente reforzantes.

Esta restricción conductual favorece el aislamiento y el bajo estado de ánimo, que a su vez actúan como operaciones motivacionales, incrementando el valor reforzante de la evitación y reduciendo la probabilidad de emisión de conductas sociales. Así, se

establece un ciclo en el que evitación, pensamientos negativos, baja actividad y malestar emocional se retroalimentan mutuamente.

Objetivos

Tras las primeras sesiones de evaluación, se transmitió el análisis funcional del caso a Juan y se procedió a establecer de forma conjunta los objetivos de la intervención.

Como objetivo general se planteó reducir la interferencia funcional de la ansiedad social mediante el desarrollo de un repertorio conductual más flexible, eficaz y ajustado en situaciones interpersonales.

A su vez, se plantearon distintos objetivos específicos:

1. Reducir la ansiedad en situaciones de interacción social.
2. Disminuir la evitación experiencial.
3. Mejorar las habilidades sociales básicas.
4. Mejorar la autoestima.
5. Aumentar la cantidad de interacciones sociales.

En este trabajo, “disminuir la evitación experiencial” se refiere a reducir las conductas que Juan realiza para evitar situaciones sociales, sensaciones internas o pensamientos ansiosos. Se trata de aumentar progresivamente la exposición a dichas situaciones, de forma que disminuya la frecuencia de evitación registrada semanalmente y aumente la tolerancia a sensaciones internas sin conductas de escape.

“Mejorar la autoestima” se entiende como incrementar la valoración global que Juan hace de sí mismo, reflejado en un aumento de las puntuaciones en la RSES y en cambios observables como expresar opiniones, reducir la necesidad de aprobación externa o verbalizaciones positivas sobre sí mismo.

Aplicación del Tratamiento

Una vez establecidos los objetivos de la intervención, se inició la aplicación del tratamiento. Las sesiones tuvieron una duración aproximada de una hora y se realizaron cada dos semanas, debido al horario laboral de Juan.

En la cuarta sesión se llevó a cabo psicoeducación sobre la ansiedad, informando a Juan sobre los síntomas y la fisiología de la ansiedad, así como la diferencia entre ansiedad adaptativa y desadaptativa.

Las sesiones 5 y 6 se centraron en la práctica de diferentes técnicas de relajación, tratando de encontrar la que mejores resultados le aportase a Juan. Las estrategias se explicaron en sesión y se propuso como tarea registrar su práctica durante la semana. La respiración diafragmática fue la técnica más eficaz. En el Anexo 2 se muestra un ejemplo del registro de relajación.

En las sesiones 7 y 8 se trabajó el concepto de autoestima, abordando qué es, cómo se forma y cómo influye en el comportamiento. Se identificaron creencias y pensamientos sobre uno mismo, analizando funcionalmente el origen de ciertas verbalizaciones propias y ajenas, y su influencia en la conducta actual. Además, se aplicó moldeamiento verbal, orientado a manejar conceptos idealizados como “carisma” o “persona de valor”, ayudando a que Juan reconociera y valorara progresivamente sus propios aspectos positivos de manera realista.

Las sesiones 9 y 10 se dedicaron al entrenamiento en habilidades sociales, con el objetivo de facilitar la posterior exposición gradual. Se practicaron, a través del role-playing, interacciones básicas como presentaciones, contacto visual, expresión de opiniones y manejo de turnos de palabra.

Las sesiones 11 a 17 se centraron en la exposición gradual a situaciones temidas. Primero, se planteó una jerarquía de situaciones sociales a las que Juan debería ir

enfrentándose. Se comenzó realizando role-play en sesión, para comenzar la exposición en un entorno seguro, desde situaciones de baja a más alta dificultad. Durante todo el proceso se monitorizó la ansiedad, se reforzaron las técnicas de relajación y se planificaron estrategias de afrontamiento. Posteriormente, la exposición se trasladó a entornos reales. Juan cumplimentó autorregistros para recibir feedback y evaluar el progreso, consolidando poco a poco sus avances. En el Anexo 1 se muestra un ejemplo de esos autorregistros.

Una vez evaluada la mejora de Juan a través de los autorregistros, se llevaron a cabo las sesiones 18 y 19 de evaluación post, lo que permitió comprobar la diferencia con la evaluación inicial en las medidas psicométricas y poder discutir el progreso con Juan.

En la sesión 20, se realizó una última revisión de los logros alcanzados, se estableció un plan de mantenimiento de habilidades y se ofrecieron recomendaciones de seguimiento. Se informó a Juan sobre su alta en el servicio del hospital de día, aunque continuó disponiendo de su psicólogo de la Unidad de Salud Mental.

En la Tabla 1 se presenta la estructura completa del tratamiento.

Tabla 1

Resumen de los contenidos por sesión

Sesiones	Contenidos	Objetivos Específicos
1-2	Evaluación inicial	-
3	Comunicación del análisis funcional	-
4	Psicoeducación sobre ansiedad	1, 2
5-6	Técnicas de relajación	1, 2, 5
7-8	Autoestima/autoconcepto	4
9-10	Entrenamiento en habilidades sociales	3
11-17	Exposición gradual	1, 2, 3, 4, 5
18-19	Evaluación post	-
20	Sesión de cierre (alta del servicio)	-

Resultados

Los autorregistros semanales permitieron analizar la evolución de la conducta social de Juan a lo largo del tratamiento. A partir de los registros, se calcularon indicadores como el número medio de interacciones sociales, el porcentaje de evitación y el nivel medio de ansiedad durante las interacciones. Para el análisis de los datos, solo se tomaron en cuenta las interacciones potencialmente ansiógenas o aquellas incluidas en la jerarquía de exposición.

Los valores presentados en la Tabla 2 corresponden a medias semanales obtenidas durante las tres primeras semanas de registro y las tres últimas, representando así el inicio y el fin de la intervención. Los datos muestran un aumento en las interacciones sociales, así como una reducción en el porcentaje de evitación y en la ansiedad media experimentada.

Tabla 2

Evolución de los indicadores conductuales a partir de los autorregistros

Variable	Inicio Tratamiento	Final Tratamiento
N.º medio de interacciones sociales	3,7	9,0
Porcentaje de evitación	72,7%	40,7%
Nivel medio de ansiedad (0-10)	7,5	4,5

La Tabla 3 presenta las puntuaciones pre y post, el índice de cambio fiable (ICF) y el porcentaje de mejora para cada instrumento. Se observa una mejora clínica relevante en ansiedad social, autoestima, habilidades sociales y sintomatología depresiva. En contraste, en la escala AAQ-II no hubo un cambio relevante, aunque mostró una ligera mejoría.

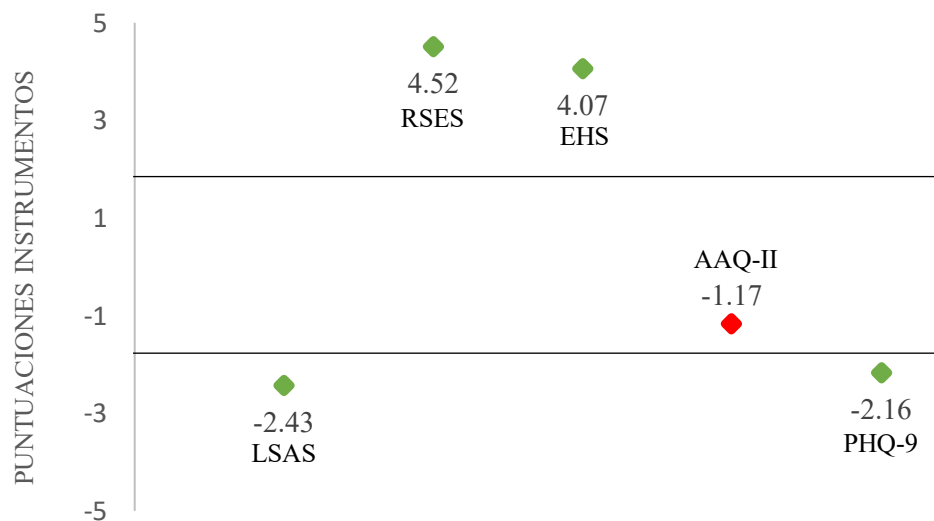
Tabla 3*Mejora postratamiento*

Instrumento	Pre	Post	Cambio absoluto	% Mejora	ICF	Cambio clínico
LSAS	87	65	-22	25,3%	-2,43	Sí
RSES	14	23	+9	64,3%	4,52	Sí
EHS	65	85	+20	30,8%	4,07	Sí
AAQ-II	32	28	-4	12,5%	-1,17	No
PHQ-9	8	4	-4	50%	-2,16	Sí

Para complementar lo anterior, la Figura 5 muestra de forma gráfica los valores del ICF, indicando el umbral de significación estadística. En la mayoría de los instrumentos se produjo un cambio estadísticamente significativo, exceptuando, de nuevo, la escala de evitación experiencial AAQ-II.

Figura 5

Índice de Cambio Fiable (ICF) en los instrumentos administrados



Nota. El cambio es estadísticamente significativo cuando $|ICF| \geq 1,96$.

En relación con el objetivo 1, reducir la ansiedad en situaciones de interacción social, los autorregistros mostraron una disminución notable del nivel medio de ansiedad

en las situaciones sociales registradas. Estos cambios conductuales fueron coherentes con lo reflejado en las puntuaciones de la LSAS, que mostraron un cambio estadísticamente significativo y un descenso del nivel de gravedad clínica, pasando de un nivel de ansiedad social severa a moderada.

Respecto al objetivo 2, disminuir la evitación experiencial, no se observaron cambios estadísticamente significativos en la escala AAQ-II. Sin embargo, los autorregistros evidenciaron una disminución superior al 30% en la evitación de situaciones sociales, lo que sugiere una mejora conductual que no se refleja plenamente en la medida psicométrica.

En relación con los objetivos 3 y 4, mejorar las habilidades sociales básicas y la autoestima, tanto la RSES como la EHS mostraron cambios estadísticamente significativos, con mejoras superiores al 60% y al 30% en las puntuaciones, respectivamente. Este cambio se reflejó indirectamente en el aumento de las interacciones sociales (objetivo 5), observado en los autorregistros, así como en la mejora del estado de ánimo, reflejada en las puntuaciones del PHQ-9.

En conjunto, los resultados indican una mejora consistente en los principales objetivos terapéuticos planteados, con cambios conductuales y psicométricos concordantes.

Discusión y Conclusiones

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de una intervención psicológica en un varón de 28 años con diagnóstico de trastorno de ansiedad social. Se planteó que, tras la aplicación del tratamiento, se produciría una reducción de la ansiedad y de las conductas evitativas en situaciones sociales, así como una mejora en la autoestima y las habilidades sociales. Los resultados obtenidos, tanto en las medidas psicométricas como en los autorregistros conductuales, sugieren la confirmación de las hipótesis planteadas.

Los resultados descritos en este trabajo son coherentes con los hallados en otros estudios de caso similares recientes. Al igual que en las intervenciones cognitivo-conductuales tradicionales descritas por Reguera Lozano (2021) y Xu y Zhang (2025), se observó una reducción clínicamente significativa de la ansiedad social y una mejora del funcionamiento interpersonal. De forma similar a lo señalado por Arriaga-Calderón et al. (2023), también se evidenció una disminución de las conductas evitativas y un mayor afrontamiento en las situaciones sociales temidas por parte del participante.

Una diferencia relevante respecto a alguno de estos trabajos es el abordaje explícito de la autoestima, entendida como un repertorio de autoverbalizaciones aprendidas. La mejora significativa observada en esta variable coincide con el aumento de interacciones sociales y la reducción de conductas de seguridad, lo que sugiere una relación funcional entre ambos procesos. Este hallazgo es consistente con lo descrito por Ponce-Alencastro et al. (2021), quienes también destacan la importancia de intervenir sobre aquellos procesos que mantienen el problema, como la evitación experiencial o la autovaloración negativa, más allá de la reducción de síntomas.

En relación con la evitación experiencial, los resultados de este trabajo muestran una discrepancia entre las medidas psicométricas y los datos conductuales. Aunque el AAQ-II no reflejó un cambio estadísticamente significativo, los autorregistros evidenciaron una reducción notable de las conductas de evitación en situaciones sociales. Este patrón también ha sido señalado en la literatura previa, donde se sugiere que los registros conductuales permiten captar modificaciones funcionales relevantes en la conducta cotidiana, a diferencia de medidas globales de evitación que pueden no ser tan sensibles a estos cambios (Ponce-Alencastro et al., 2021). En este sentido, los datos del presente estudio apoyan la utilidad de complementar las medidas estandarizadas con indicadores directos de comportamiento observable.

Entre las principales limitaciones de este trabajo destaca la duración prolongada de la intervención, que se extendió a lo largo de 20 sesiones. Esta extensión no se debió a la complejidad clínica del caso, sino a las dificultades derivadas del horario laboral del participante, que obligaron a espaciar las sesiones cada dos o tres semanas, limitando un seguimiento más continuado. Además, el inicio del proceso de exposición fue especialmente lento, ya que Juan presentaba una rutina diaria muy limitada y rígida, con escasas oportunidades de interacción social. Esto dificultó la generalización de los cambios y requirió un trabajo progresivo.

A pesar de estas limitaciones, los resultados sugieren que una intervención centrada en procedimientos conductuales y análisis funcional puede generar cambios comparables a los obtenidos con modelos más integrados, apoyando la relevancia de los componentes conductuales como núcleo del cambio terapéutico en la ansiedad social.

Finalmente, se destaca la importancia de diseñar intervenciones ajustadas al contexto y a la historia de aprendizaje de la persona, así como de integrar medidas conductuales directas junto a instrumentos psicométricos estandarizados para una evaluación completa del cambio clínico.

Referencias

- Arriaga-Calderón, Y., Flores-Peña, S. R., & Zevallos-Nalvarte, D. L. (2023). Abordaje de un caso de ansiedad social desde el enfoque de terapia breve estratégica. *Revista Científica Retos de la Ciencia*, 7(16), 89–99.
<https://doi.org/10.53877/rc.7.16e.20230915.7>
- Bados, A. (2009). *Fobia social: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universitat de Barcelona. <https://hdl.handle.net/2445/6321>
- Ballesteros, F., & Labrador, F. J. (2018). Análisis de las técnicas psicológicas utilizadas en el trastorno de fobia social en un centro sanitario de psicología. *Clínica y Salud*, 29(2), 71-80. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a11>
- Balluerka, N., Aliri, J., Goñi-Balentziaga, O., & Gorostiaga, A. (2023). Asociación entre el bullying, la ansiedad y la depresión en la infancia y la adolescencia: el efecto mediador de la autoestima. *Revista de Psicodidáctica*, 28(1), 26–34.
<https://doi.org/10.1016/j.psicod.2022.10.001>
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. P., & Dal-Ré, R. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112(14), 530-538.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Equipo de Investigación CISO-A España. (2018). La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 26(1), 23-53.

- Catania, A. C. (2013). *Learning* (5th ed.). Sloan Publishing.
- Collado, A., Chamizo, I., Ávila, I., Martín, S., Revert, À., & Sánchez, A. (2022). *Protocolo de evaluación e intervención en autoestima* (Centro de Psicología Aplicada, Universidad Autónoma de Madrid).
<https://www.uam.es/uam/media/doc/1606899112545/protocolo-de-evaluacion-e-intervencion-en-autoestima-cpa-uam.pdf>
- Díaz-Moreno, A., Bonilla, I., & Chamarro, A. (2023). Comparación social negativa: la influencia de la ansiedad, la regulación emocional y el uso problemático de redes sociales. *Ansiedad y Estrés*, 29(3), 181-186.
<https://doi.org/10.5093/anyes2023a22>
- Domínguez Domínguez, J. A., Expósito Duque, V., & Torres Tejera, E. (2024). Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. *Atención Primaria Práctica*, 6(2). <https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100194>
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26(4), 695–720.
[https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(05\)80040-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80040-1)
- Froján Parga, M., Núñez de Prado Gordillo, M., & de Pascual Verdú, R. (2017). Cognitive techniques and language: A return to behavioral origins. *Psicothema*, 3(29), 352–357. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.305>
- Froxán, M.X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana: Concepto, metodología y aplicaciones*. Ediciones Pirámide.
- Gismero, E. (2022). *Escala de habilidades sociales (EHS)*. (4ª ed.). Hogrefe TEA Ediciones.
- Gómez-Gómez, I., Benítez, I., Bellón, J., Moreno-Peral, P., Oliván-Blázquez, B., Clavería, A., Zabaleta-del-Olmo, E., Llobera, J., Serrano-Ripoll, M. J., Tamayo-

Morales, O., & Motrico, E. (2023). Utility of PHQ-2, PHQ-8 and PHQ-9 for detecting major depression in primary health care: a validation study in Spain. *Psychological medicine*, 53(12), 5625-5635.

<https://doi.org/10.1017/s0033291722002835>

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16.

<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152–1168.

<https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>

Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 621-632.

<https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0415>

Iancu, I., Bodner, E., & Ben-Zion, I. Z. (2015). Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 165–171.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.11.018>

Kashdan, T. B., Goodman, F. R., Machell, K. A., Kleiman, E. M., Monfort, S. S., Ciarrochi, J., & Nezlek, J. B. (2014). A contextual approach to experiential avoidance and social anxiety: evidence from an experimental interaction and daily interactions of people with social anxiety disorder. *Emotion*, 14(4), 769-781.

<https://doi.org/10.1037/a0035935>

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern problems of pharmacopsychiatry*, 22, 141–173. <https://doi.org/10.1159/000414022>
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Caracterización de los problemas de salud no transmisibles a partir de los registros clínicos de atención primaria (BDCAP) (Series 5)*.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Caracterizacion_problemas_salud_no_transmisibles.pdf
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning - a re-interpretation of "conditioning" and "problem-solving". *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Social anxiety disorder: Recognition, assessment and treatment*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>
- Ponce-Alencastro, J. A., Arredondo-Aldana, K., & Mera-Posligua, M. J. (2021). Ansiedad social: Intervención desde la terapia de aceptación y compromiso a propósito de un caso. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones de La Salud Gestar*, 4(8), 104–129. <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0035>
- Reguera Lozano, S. J. (2021). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 175–184.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.1044>
- Rodríguez, V., & Pérez, P. (2020). Niveles de ansiedad social en adolescentes de una institución educativa de Tembladera en Perú. *Epistemia*, 4(1).
<https://doi.org/10.26495/re.v4i1.1312>

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*, 11, 326. Princeton University Press.
- Ruiz, F. J., Herrera, Á. I. L., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Segovia Vega, L. A., & De la Cruz Gil, R. (2025). Eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la ansiedad social en adultos de Latinoamérica. *Cátedra Villarreal*, 12(2), 96–106. <https://doi.org/10.24039/rcv20241221837>
- Šipka, D., Lopes, R., Krieger, T., Klein, J. P., & Berger, T. (2025). Active components in internet-based cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: a randomized full factorial trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 94(1), 40-59.
<https://doi.org/10.1159/000542425>
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Appleton-Century-Crofts.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/11256-000>
- Society of Clinical Psychology (División 12, APA). (2025). Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. American Psychological Association.
<https://societyofclinicalpsychology.org/psychological-treatments-archive/cognitive-behavioral-therapy-for-social-anxiety-disorder/>
- Soltani, E., Hosseini, Z., & Naghizadeh, P. (2018). Relationship between experiential avoidance and cognitive fusion to social interaction anxiety in students. *Shiraz E-Medical Journal*, 19(6). <https://doi.org/10.5812/semj.62496>
- Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo,

G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., Hu, C,... WHO World Mental Health Survey Collaborators (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 15(143).
<https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>

Stork, M., Lemos, M., & Román-Calderón, J. P. (2023). Differences in anxiety sensitivity and experiential avoidance between subtypes of social anxiety disorder. *PLOS ONE*, 18(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290756>

Sun, L., Dai, X., Zhu, S., Liu, Z., & Zhongming, Z. (2025). Psychotherapies for social anxiety disorder in adults: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 378, 301–319.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.02.092>

Tirado, M., & Higareda, J. (2025). Ansiedad Social: Una revisión multidisciplinaria para su tratamiento. *Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo*, 14(27), 116–122.
<https://doi.org/10.29057/icsa.v14i27.14765>

Vázquez-Morejón, A. J., García-Bóveda, R., & Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255. <https://doi.org/10.55414/bsxyn321>

Xu, F., & Zhang, H. (2025). A case report of cognitive behavioral therapy for social anxiety. *Frontiers in Psychology*, 16.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1520581>

Anexos

Anexo 1. Registro de situaciones sociales.

Registro semanal de situaciones sociales

Instrucciones: Registra únicamente aquellas interacciones sociales que te hayan generado incomodidad o ansiedad ($\geq 3/10$), especialmente si estaban incluidas en la jerarquía de exposición. No es necesario registrar interacciones automáticas o muy breves.

Día/Situación	¿Qué pasó?	¿Qué dijiste o hiciste?	¿Cómo podrías haber respondido asertivamente?	Nivel de ansiedad (1-10)
Martes / En el trabajo	Mi jefe me pidió que me quedara más tiempo	Acepté sin decir nada	Podría haber dicho: "Puedo quedarme hoy, pero me gustaría avisarlo con más tiempo la próxima vez."	4

Anexo 2. Registro de relajación.

[illegible]