



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

INTERVENCIÓN EN UN CASO QUE PRESENTA DIFICULTADES EN SITUACIONES SOCIALES

Alumna: Cristina Chacón Morales

Tutora: Ana M^a García León

Fecha: Junio de 2019

Índice

1. Introducción teórica.....	4
2. Descripción de la demanda del paciente.	9
3. Antecedentes históricos.....	9
4. Hipótesis surgidas en la entrevista.	10
5. Técnicas y procedimientos de evaluación.....	11
6. Resultados de la evaluación y propuesta de intervención.	13
7. Intervención.....	20
7.1. Objetivos y secuenciación.	20
7.2. Programa de intervención.	21
7.3. Resultados y conclusiones.	29
8. Limitaciones y sugerencias.	31
9. Referencias.	33

Resumen

El trastorno de ansiedad social se presenta actualmente como un problema ampliamente extendido, afectando a un alto porcentaje de población, y alterando en consecuencia diversos ámbitos de la vida de las personas que lo padecen. Éstas personas no son capaces de afrontar determinadas situaciones de índole social como por ejemplo actuar delante de otras personas o mantener una conversación con alguien desconocido. El objetivo de este trabajo ha sido reducir las dificultades que presentaba el individuo en las situaciones sociales de exponer en público, rechazar peticiones, hacer críticas a otros y dar su opinión ante un grupo de personas. Para ello tuvo lugar primeramente una evaluación, en la que se utilizó un cuestionario de evaluación inicial y una entrevista para evaluar la ansiedad (ambos proporcionados por el gabinete de la universidad de Jaén), así como el “Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey” (IA) (Gambrill y Richey, 1975), y la “Escala de temor a la evaluación negativa” (FNES) (Watson y Friend, 1969). Posteriormente, fue en la intervención donde se aplicó un programa que combina la exposición con el entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados muestran una disminución de las dificultades que el individuo presentaba inicialmente, así como un aumento de sus habilidades sociales y su asertividad.

Palabras clave: trastorno de ansiedad social, habilidades sociales, asertividad.

Abstract

Social anxiety disorder is a problem that affecting a high percentage of the population, altering various areas of the lives of people who suffer from it. The objective of this work has been to reduce the difficulties presented by the individual in social situations such as exposing petitions in public, rejecting petitions, making criticisms of others, and giving opinion to a group of people. An evaluation was first carried out, using an initial assessment questionnaire and an interview to assess anxiety (both provided by the cabinet of the University of Jaén), as well as the IA (Gambrill and Richey, 1975), and FNES (Watson y Friend, 1969). Subsequently, the intervention was with a program that consists of the combination of exposure with social skills training. The results show that a decrease in the difficulties the individual initially presented, as well as an increase in their social skills and assertiveness.

Keywords: social anxiety disorder, assertiveness, social skills.

1. Introducción teórica.

La ansiedad social (TAS) se presenta hoy en día como un problema ampliamente extendido. Ésta aparece por primera vez descrita en 1970 en un trabajo de Marks (Maciá y García-López, 1995), pero no es hasta 1980 cuando se le reconoce como una entidad diagnóstica con la publicación de la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and statistical manual of mental disorder, DSM-III) (American Psychiatric Association [APA], 1980). La definición más actual existente sobre ansiedad social es la que aparece en el DSM-5 (APA, 2014), en el cual se define como la presencia de miedo o ansiedad elevada en situaciones sociales en las que el individuo se ve expuesto a la observación y posible examen por parte de los demás. La respuesta del individuo es el miedo o temor ante la perspectiva de ser evaluado negativamente por parte de otros. Este teme mostrar síntomas de ansiedad, que los demás perciban que está ansioso, tiemble, se ruborice o muestre cualquier otra señal física (Caballo, Salazar y Hofmann, 2019), y por ello, tiende a evitar determinadas situaciones sociales, sufriendo malestar y ansiedad cuando se enfrenta a ellas (Gómez-Ortiz, Casas y Ortega-Ruiz, 2016). Esto confirma que es ansiedad social, puesto que las personas no presentan las mismas dificultades cuando realizan esas tareas en privado a cuando lo hacen en público (Caballo et al., 2019). No obstante, este temor también aparece cuando han de interactuar, siendo su miedo principal que los demás se formen una idea o imagen equivocada sobre ellos.

Algunos ejemplos de situaciones sociales mencionadas en el DSM-5 (APA, 2014) son ser observado (comiendo o bebiendo, por ejemplo), actuar delante de otras personas, como por ejemplo dando una charla, o en interacciones sociales, como puede ser una reunión con personas extrañas. Estas situaciones casi siempre provocan miedo o ansiedad, siendo esta respuesta desproporcionada con respecto a la amenaza real que plantean las mismas.

La información referida a la prevalencia indica que se aprecian unos altos porcentajes de ansiedad social entre la población a pesar de las distintas variables con las que fluctúa, algunas de las cuales son el instrumento que se utilice para la medición o el país donde tenga lugar el estudio (Bados, 2015). En España, algunos estudios indican que el porcentaje de jóvenes que presentan este problema se encuentra entre el 5,5% (García-López, Díaz-Castela, Muela-Martínez y Espinosa-Fernández, 2014) y el 12,06% (Gómez-Ortiz et al., 2016). En cuanto al sexo, las mayores tasas de prevalencia se atribuyen a la mujer (Gómez-Ortiz et al., 2016).

Con respecto a la edad, la gran mayoría de los estudios indican que el comienzo de este trastorno tiene lugar en la infancia o adolescencia, más en concreto, entre los 10 y los 16,6 años (Gómez-Ortiz et al., 2016). También refieren que este problema tiende a disminuir con la edad (García-López, Inglés y García Fernández, 2008; Inglés, La Greca, Marzo, García-López y García-Fernández, 2010), y que, por lo general, la mayoría de personas presentan respuestas de ansiedad social, aunque no cumplan todos los criterios para su diagnóstico (APA, 2014).

La ansiedad social consta de varios componentes o síntomas, que se pueden clasificar en tres grupos según sean a nivel somático, cognitivo o conductual (Bados, 2015). A nivel somático, algunas reacciones corporales son sudor, boca seca, temblor, palpitaciones, rubor, dificultad para respirar, malestar gastrointestinal, etc. (Salazar, 2013). Las personas que sufren este problema asignan una mayor intensidad y frecuencia a estas respuestas de la que realmente es y observan otras personas en ellos. Además, algunas personas con TAS pueden presentar ataques de pánico, siendo mayores los niveles de sintomatología somática ansiosa presentados, y provocando esto una mayor interferencia en sus vidas (Bados, 2015).

A nivel cognitivo, las más habituales son: a) presentan un elevado temor a no comportarse adecuadamente, a que los evalúen de forma negativa o incluso a ser rechazados por los demás, así como una necesidad de aprobación continua y una excesiva sensibilidad a la crítica; b) tienen la tendencia a maximizar sus fracasos e infravalorar sus éxitos; c) sobreestiman el nivel de habilidad social que se les pide, siendo muy exigentes y haciendo esto que nunca estén contentos con su comportamiento; d) presentan pensamientos negativos; e) presentan ansiedad de anticipación, imaginando hechos negativos que pueden tener lugar en las situaciones; y, por último, f) tienen una alta consciencia de su sintomatología ansiosa así como de sus errores (Caballo, Salazar y Carrobbles, 2011). Otro aspecto a destacar es su foco atencional. Estas personas tienen tendencia a centrar su atención tanto en ellos mismos -en toda su sintomatología ansiosa y en los errores que puedan cometer (foco atencional interno)-, como en los demás -más en concreto en sus reacciones y expresiones negativas (foco atencional externo)- (Gantiva et al., 2012).

Por último, a nivel conductual, la principal respuesta que tiene lugar es la evitación de las situaciones temidas (Bados, 2015). También hay ocasiones en las que no se evita la situación temida, sino que se evita la participación en ellas, evitando de ese modo ser el centro de atención o de crítica, y manifestar por tanto alguna reacción de ansiedad (Bados,

2001a). Esto es una respuesta de escape, y para ello normalmente se hace uso de conductas de seguridad, reduciendo así los niveles de ansiedad, así como el riesgo de que se produzca alguna situación embarazosa. Algunos ejemplos de conductas de escape serían beber alcohol o tomar tranquilizantes, evitar el contacto ocular disminuyendo así la probabilidad de que se les pregunte, etc.

Hay numerosos estudios que hablan acerca de la comorbilidad que acompaña al TAS, por ello es importante hacer un buen diagnóstico diferencial y analizar si la persona padece otros problemas aparte de éste, cuál de ellos es más incapacitante, y cuáles son sus causas y consecuencias. Con respecto a otros trastornos, existe comorbilidad con el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica o la agorafobia, el trastorno de pánico, y los trastornos del estado de ánimo (Ranta, La Greca, García- López y Marttunen, 2015). En cuanto a otras variables, se ha relacionado con trastornos físicos como alteraciones del tiroides, enfermedades autoinmunes o problemas del sueño (Ranta et al., 2015).

Además, se ha encontrado que se halla ligada con determinados rasgos de personalidad como la introversión, la timidez, el neuroticismo y el perfeccionismo, así como con estilos de afrontamiento como el estilo evitativo, con los cuales correlaciona de forma positiva, pero también con otros rasgos de personalidad, como la extraversión, y otros estilos de afrontamiento, como el agresivo y el asertivo, con los cuales correlaciona negativamente (García-López, Irurtia, Caballo y Díaz-Castela, 2011).

Igualmente hay datos que muestran la conexión existente entre ansiedad social y varios tipos de abuso psicológico, como bullying o mobbing (García-López et al., 2011).

Por último, se ha encontrado una prevalencia del consumo de alcohol y drogas a lo largo de la vida de un 24,1% y un 11,2%, respectivamente, en personas con ansiedad social, frente a unos porcentajes de 13% en consumo de alcohol y un 4,4% en consumo de drogas, respectivamente, en personas sin ansiedad social (Peña-Salas, Bareño, Berbesi y Gaviria, 2014).

En cuanto al tratamiento de la ansiedad social, tradicionalmente se ha llevado a cabo un enfoque cognitivo conductual, en el que se incluyen las siguientes técnicas:

A) Exposición. Ésta constituye un elemento esencial para el abordaje de la ansiedad social, teniendo como objetivo lograr que el paciente se enfrente a las situaciones sociales temidas, habiendo trabajado previamente las competencias para llevar a cabo conductas

sociales adecuadas. Tiene lugar tanto en las sesiones con ensayos de la conducta, como entre sesiones con las tareas para casa; puede ser en la imaginación, en situaciones simuladas o bien en la realidad y cada situación social temida es graduada en pasos cada vez más complejos, formando así jerarquías las cuales se tendrán que abordar ítem a ítem (Caballo et al., 2019).

B) Entrenamiento en habilidades sociales. En la literatura se plantea que uno de los factores que propicia la ansiedad social es el déficit en habilidades sociales o falta de asertividad, siendo esta la causa que ha impulsado su inclusión dentro del tratamiento para la ansiedad social (Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares y Olivares, 2014). Este permite representar determinadas situaciones sociales con el objetivo de aprender y poner en práctica algunos comportamientos sociales, todo ello en un contexto controlado, con el fin de que el paciente adquiera esos comportamientos y pueda ponerlos en marcha en su vida cotidiana. Para ello se utiliza el ensayo de conducta, el cual consta de los siguientes pasos: a) representación por parte del paciente de la escena original, b) identificación de las cogniciones disfuncionales, así como de las sensaciones físicas y emociones experimentadas que influyen en la conducta de forma negativa, c) elección de un objetivo para la respuesta del paciente, d) representación por parte del paciente de la respuesta elegida; e) repetición hasta que el paciente adquiera la conducta apropiada (Caballo et al., 2019). Dentro de este encontramos el modelado, las autoinstrucciones y el role-playing como técnicas.

C) Relajación. Parte de la idea de que la ansiedad genera en el organismo actos y pensamientos que implican tensión muscular. Por ello se utiliza la relajación, para reducir esa tensión fisiológica y luchar contra estos actos y pensamientos, partiendo del supuesto de que la relajación es incompatible con la ansiedad (Caballo et al., 2019).

D) Reestructuración cognitiva o modificación de pensamientos disfuncionales, para controlar los pensamientos desadaptativos que tenga el paciente antes y después de la exposición. Una vez que se identifican estos pensamientos, los cuales disocian la realidad, se cuestionan y se discuten las razones por las que son desadaptativos, finalizando con el cambio de estos (Caballo et al., 2019). Ese es el principal objetivo: la modificación de estas distorsiones cognitivas por otras racionales.

E) Tareas para casa. Son actividades que el paciente ha de realizar entre sesión y sesión en su vida diaria, con el fin de trasladar lo aprendido en las sesiones clínicas a la vida real.

Por lo general, cada sesión del programa comienza y finaliza con una discusión de éstas, de tal forma que lleven al paciente a lograr los objetivos de la terapia (Caballo et al., 2019).

Recientemente, Caballo, Salazar y Hofmann (2019) han presentado un nuevo programa para el tratamiento de la ansiedad social, más en concreto, para el trastorno de ansiedad social (fobia social) y el trastorno de personalidad por evitación. Su nombre es “Intervención Multidimensional para la Ansiedad Social” (IMAS) y engloba las cinco dimensiones que el equipo de investigación ha encontrado trabajando con ansiedad social durante más de quince años y en veinte países. Las cinco dimensiones son: 1) Interacción con el sexo opuesto, 2) Interacción con desconocidos, 3) Expresión asertiva de molestia, enfado o desagrado, 4) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, y 5) Quedar en evidencia/Hacer el ridículo. A su vez, también han desarrollado el “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO), el cual supuso la base para el desarrollo del programa “IMAS”, y en el que se encuentran presentes las cinco dimensiones mencionadas anteriormente, y se evitan algunos ítems poco representativos (Caballo et al., 2015; Caballo, Salazar, Arias, et al., 2010; Caballo, Salazar, Irurtia, et al., 2010). Este nuevo programa combina técnicas tradicionales de la terapia cognitivo conductual con técnicas de las terapias de tercera generación, que tanto auge tienen actualmente. Se compone de 15 sesiones, de 2,5 horas de duración cada sesión, además de una sesión de apoyo, las sesiones de evaluación pre y post-tratamiento, y la de seguimiento, todas ellas en formato grupal (Caballo et al., 2019). Ha sido desarrollado con la idea de solventar los problemas encontrados durante los más de quince años de investigación sobre ansiedad social: 1) el importante solapamiento existente entre el diagnóstico de trastorno de ansiedad social (TAS) y el trastorno por evitación (TPE); 2) la eliminación del subtipo de fobia social generalizada en el manual DSM-5 así como la inclusión del subtipo de fobia social solo de actuación; 3) la evolución no tan clara del TAS a nivel de concepto teórico desde que se utiliza en el ámbito clínico; 4) la evaluación del trastorno, ya que hay cuestionarios que no evalúan las cinco dimensiones de las que se compone la ansiedad social. Por otro lado, también por la controversia existente sobre si algunas estrategias son necesarias o no para el tratamiento eficaz de la ansiedad social, como el entrenamiento en habilidades sociales o la relajación; y, por último, debido al importante auge de las terapias de tercera generación, como la terapia de aceptación y

compromiso (ACT), la terapia dialéctica conductual (DBT), y la atención plena (mindfulness) (Caballo et al., 2019).

2. Descripción de la demanda del paciente.

El paciente es un hombre soltero de 22 años, estudiante del último curso del grado de Psicología. Solicita ayuda en el Gabinete de la Universidad para reducir su miedo a hablar en público, indicando que es en dos situaciones en concreto cuando siente este miedo. Estas situaciones son cuando ha de hacer una exposición oral, o cuando tiene que defender su opinión ante un grupo de personas.

Refiere que si puede evitar afrontar estas situaciones lo hace, llevando por tanto a cabo conductas de evitación. En caso de tener que afrontarlas, intenta hacerlo lo mejor posible.

Los síntomas que presenta cuando ha de exponer en público son bloqueos o torpeza a nivel motor; inquietud, agobio y ganas de terminar a nivel cognitivo; sufre miedo e inseguridad a nivel emocional; y, por último, siente palpitaciones y temblores a nivel psicofisiológico.

Cuando tiene que defender su opinión ante un grupo de personas, a nivel motor experimenta torpeza y dificultad para hablar, además de inquietud motora; a nivel emocional inseguridad; y a nivel psicofisiológico taquicardia y presión en el pecho.

Por lo tanto, el principal objetivo que persigue es reducir o eliminar el miedo que siente en estas situaciones, de modo que pueda afrontarlas sin experimentar ninguno de los síntomas mencionados anteriormente. Esto a su vez le permitirá afrontar adecuadamente situaciones futuras tales como exponer el TFG o la vida laboral en sí, situaciones que el mismo paciente menciona.

3. Antecedentes históricos.

En la historia del paciente encontramos distintas variables antecedentes:

Por un lado, nos encontramos con ciertos factores personales que influyen, como son la timidez predisponente, la inseguridad o lo crítico, perfeccionista y exigente que es, los cuales no son la causa directa, pero si influyen como factores negativos.

Por otro lado, nos encontramos con circunstancias ambientales como una familia sobreprotectora, más en concreto por parte de la madre. Indica que durante la adolescencia hubo sobreprotección tanto hacia él como hacia sus hermanos especialmente por parte de ésta, mientras que con el padre la relación fue y es más distante. También menciona que, durante parte de la infancia y adolescencia, sus compañeros de clase se metían con él, pero sin llegar a ser acoso escolar.

En cuanto al problema, no ha habido ningún evento desencadenante que haya hecho que el paciente lo desarrolle. Este lo presenta desde siempre, afectándole según él exclusivamente al ámbito académico. No ha sufrido ningún ataque de pánico relacionado con el problema, así como tampoco ha recibido tratamiento psicológico por él.

4. Hipótesis surgidas en la entrevista.

A partir de la información proporcionada por el paciente, se han podido formular una serie de hipótesis que posteriormente serán comprobadas durante las fases de evaluación e intervención. Son las siguientes:

- Hipótesis de semejanza: El paciente no presenta un trastorno de ansiedad social, ya que no cumple con los criterios establecidos para situarlo en esa categoría.
- Hipótesis de cuantificación:
 - Los síntomas fisiológicos experimentados durante las situaciones donde presenta dificultades sociales son desproporcionados respecto a la amenaza real de éstas.
 - Tiene un excesivo número de pensamientos negativos en dichas situaciones temidas.
 - Presenta un importante déficit de conductas de afrontamiento, así como un elevado número de conductas de evitación o escape.
- Hipótesis de asociación predictiva:
 - Que presente rasgos de personalidad como la timidez, el perfeccionismo, la inseguridad o la exigencia, hace que presente estándares de actuación prácticamente inalcanzables, y, por tanto, es posible que esto haya influido en su miedo a las críticas en situaciones de evaluación.

- La sobreprotección maternal puede haber contribuido al desarrollo de un inadecuado e insuficiente desarrollo de habilidades sociales, al no haberse expuesto suficientemente a este tipo de situaciones durante su infancia-adolescencia.
- Hipótesis de términos probabilísticos: Si el paciente presenta dificultades en situaciones de tipo social, y llevamos a cabo una intervención basada en el entrenamiento en habilidades sociales en combinación con la exposición, se espera que el sujeto adquiriera adecuadas estrategias de afrontamiento, así como habilidades que le permitan ser una persona asertiva, mejorando los síntomas que indica el paciente en este tipo de situaciones.

5. Técnicas y procedimientos de evaluación.

Al paciente, en primer lugar, se le pasó un “Cuestionario de Evaluación Inicial” (véase *anexo 1*), a través del cual se obtuvo información acerca del motivo por el que decidió acudir al Gabinete, así como sus síntomas, intensidad, frecuencia y grado de interferencia de estos, las actividades de asistencia grupal en las que deseaba participar, su disponibilidad, y si había recibido o recibía tratamiento en ese momento para tratar el problema. Este ha sido elaborado por los profesionales que conforman el gabinete, y a partir del mismo, se seleccionó el caso con el que se iba a trabajar en el TFM. Tras seleccionarlo, el siguiente paso fue ponerse en contacto con el sujeto, y que éste aceptara recibir terapia. Una vez aceptó, se puso en su conocimiento que participaría en un trabajo final de máster, así como también se le informó de todos los aspectos éticos, incluyendo la confidencialidad que acompaña a todo el proceso. Tras dar su consentimiento, se procedió a iniciar la fase de evaluación.

Una vez se obtuvo toda esta información, y se concluyó el motivo de la consulta, se le realizó una entrevista (véase *anexo 2*). Ésta es una entrevista estructurada que se utiliza en el Gabinete de la Universidad de Jaén para evaluar la ansiedad, y que al igual que el “Cuestionario de Evaluación Inicial” ha sido elaborada por los profesionales que trabajan en él. Consta de los siguientes apartados: a) situaciones y/o miedos u objetos donde se presenta el problema, b) descripción del problema, incluyendo su frecuencia, duración, intensidad y adecuación de los síntomas, así como la conducta motora, cognitiva,

emocional y psicofisiológica presentada en las distintas situaciones o ante los diferentes objetos temidos, c) las consecuencias de sus miedos, qué hace ante cada situación, d) la historia del problema, e) episodios de ataque de pánico, f) interferencia del problema en otros ámbitos de la vida del sujeto, g) antecedentes personales y familiares del problema u otros problemas psicológicos, h) reacción del sujeto ante este problema y sus síntomas, y por último, i) descripción por parte del sujeto de su personalidad, considerando que características influyen positivamente y cuales negativamente en el problema.

Tras recopilar toda esta información, se administraron dos escalas (*véase anexo 3*) con el objetivo de confirmar parte de las hipótesis planteadas, así como de realizar un diagnóstico con el cual dar por finalizada la fase de evaluación, y comenzar la intervención. Las escalas utilizadas fueron:

- “Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey” (AI), (Gambrill y Richey, 1975), (versión española de Carrasco, Clemente y Llavona, 1996) (*véase anexo 3*). Esta escala mide el grado de malestar que provocan en el sujeto ciertas situaciones sociales, la probabilidad de que esa persona manifieste conductas asertivas, así como las situaciones en las que le gustaría ser más asertiva (Carrasco, Clemente y Llavona, 1989). Consta de 40 ítems, para cada uno de los cuales hay dos columnas. Por un lado, se encuentra la columna “Grado de Ansiedad” a la izquierda, en la que la persona debe indicar el grado de malestar o ansiedad social respecto a responder asertivamente, en una escala tipo Likert de 1= en absoluto a 5= muchísimo. Por otro lado, se encuentra la columna de “Probabilidad de Respuesta” a la derecha, donde debe indicar la probabilidad de emitir respuestas asertivas en una escala tipo Likert también donde 1=siempre lo hago y 5 =nunca. Su corrección consiste en la suma de los puntos en ambas columnas, oscilando el rango de puntuaciones entre 40 y 200 (Caballo et al., 2014). Una puntuación elevada en ambas columnas indica menor asertividad, mientras que en la columna de “Grado de Ansiedad” una puntuación elevada es señal de alto malestar o ansiedad; por su parte, en la columna de “Probabilidad de Respuesta” una puntuación similar sería indicio de baja probabilidad de respuesta o pocas habilidades sociales (Gambrill y Richey, 1975).

A su vez, se obtienen dos correcciones de esta escala. Por un lado está la corrección global, la cual en función de los puntos de corte propuestos por los autores en una muestra de estudiantes norteamericanos, ya que no existe baremación española, en la que encontramos las siguientes categorías: a) no asertivo (por encima de 95 en escala

de Malestar y de 104 en escala de Probabilidad de Respuesta), b) realizadores ansiosos (por encima de 95 en Malestar y por debajo de 104 en Probabilidad de Respuesta), c) despreocupados (por debajo de 95 en Malestar y por encima de 104 en Probabilidad de Respuesta), y d) asertivos (por debajo de 95 y 104 en Malestar y Probabilidad de Respuesta, respectivamente) (Gambrill y Richey, 1975). En cuanto a la corrección por áreas, el objetivo es ver en cuáles de éstas el sujeto presenta problemas, siendo las áreas las siguientes: a) rechazar peticiones, b) iniciar contactos sociales, c) expresar limitaciones sociales, d) expresar sentimientos positivos, e) discrepar de opiniones de otros, f) encajar críticas, g) ser asertivo con quien ofrece servicios, y h) hacer críticas a otros (Gambrill y Richey, 1975). A cada una de estas le corresponden unos ítems de los cuales se han de señalar aquellos que puntúen 4 o 5 puntos, y si el número de ítems señalados es superior a la mitad de ítems que componen esa área, el sujeto presentará problemas en ella. Respecto a sus propiedades psicométricas, presenta una consistencia interna de 0.88 en la subescala de grado de malestar o ansiedad, y de 0.87 en la subescala de probabilidad de respuesta (Carrasco et al., 1989).

- “Escala de temor a la evaluación negativa” (FNES), (Watson y Friend, 1969), (versión española de Zubeidat, Salinas y Sierra, 2007) (*véase anexo 3*). Esta es una escala que mide las preocupaciones de temor a la evaluación interpersonal, aspecto cognitivo central en la ansiedad social. Consta de 30 ítems, con formato de respuesta verdadero/falso, y la puntuación resultante se obtiene separando aquellos ítems que son negativos e invirtiendo su puntuación. El rango de puntuación total oscila entre 1 y 30, considerando que una puntuación por encima de 15 indica la existencia de preocupación por la evaluación negativa de los demás (Watson y Friend, 1969). Su consistencia interna es de 0,94 (Zubeidat, Salinas y Sierra, 2007).

6. Resultados de la evaluación y propuesta de intervención.

Durante la fase de evaluación se comprueba que el motivo principal por el que el paciente solicita ayuda es para reducir su miedo a hablar en público. Es en la entrevista donde el paciente indica que hay dos situaciones en concreto en las que presenta ansiedad, que son cuando ha de exponer en público y cuando ha de defender su opinión ante un grupo de personas. También menciona otro tipo de situaciones como son: decirle a un amigo que no le ha gustado su comportamiento y expresar sus sentimientos, pensamientos y

emociones. En principio solo nos vamos a centrar en las dos primeras, ya que son aquellas en las que se considera necesaria la intervención.

Siempre que ha de exponer en público, el paciente experimenta ansiedad únicamente los cinco minutos previos a la exposición, cuando está esperando para hablar, siendo la intensidad de 7-8. Considera que los síntomas que siente son desproporcionados y desadaptativos con respecto a la amenaza real que supone la situación, experimentando a nivel psicofisiológico taquicardias (las cuales han ido disminuyendo con el paso de los años y a medida que hace más exposiciones), palpitaciones, boca seca, presión en el pecho, temblores, tensión, y rigidez muscular; a nivel cognitivo inquietud, agobio, inseguridad y ganas de terminar; a nivel emocional siente negatividad, sensación de no poder hacerlo bien y de no ser capaz, y, por último, a nivel motor sufre bloqueos, inquietud, rigidez y algo de torpeza motora. Destaca que el síntoma que más le interfiere es la boca seca, impidiéndole que vocalice bien, pero, aun así, esto no influye para que lo haga mal o se distraiga. Refiere que algunos pensamientos que tiene los minutos anteriores a la exposición son “lo voy a hacer mal” o “no estoy lo suficientemente preparado”. Durante la exposición únicamente piensa en hacerlo bien, concentrándose en el material; es al finalizar cuando tiene pensamientos como “no ha sido para tanto” o “podía haberlo hecho mejor”.

Por otro lado, menciona que suele defender con poca frecuencia su opinión ante un grupo de personas. Alega que suele callársela y que no le gusta ser el centro de atención. Si se encuentra entre un grupo de amigos con los que comparte la misma opinión sí la da; en cambio, si se encuentra entre un grupo de personas a las que no conoce o tienen una opinión diferente a la suya, no la da por miedo al rechazo y a no saber defender correctamente su opinión, y, en consecuencia, no caer bien. Dice no saber la causa de ello, no sabe si es debido a un problema de autoestima, o porque no tiene buenos argumentos para defender su opinión (estos van cambiando cada día). El momento donde la ansiedad alcanza el máximo nivel es cuando piensa lo que va a decir (5), y lo defiende (6). Una vez esto tiene lugar, ésta desaparece inmediatamente. De nuevo, considera que estos síntomas son desproporcionados, sintiendo a nivel psicofisiológico los mismos síntomas que cuando expone en público además de sensación de mareo e inestabilidad. A nivel cognitivo experimenta agobio, inseguridad, incertidumbre por la reacción que puedan tener los demás, y temor a que no sepa explicarse bien y lo malinterpreten. Como

síntomas emocionales tiene inseguridad, y, por último, como síntomas motores bloqueos, torpeza, dificultad para hablar, rigidez y posturas cerradas.

Ante la situación de exponer intenta hacerlo lo mejor posible, a pesar de los distintos síntomas que presenta, por lo que no lleva a cabo ninguna conducta de evitación. Respecto a dar su opinión, sí lleva a cabo conductas de evitación, y conductas de escape cuando no tiene otra opción que afrontarla.

Dice presentar el problema desde siempre, sin haber sufrido ningún episodio o evento que lo desencadenara. Tampoco ha sufrido ataques de pánico en estas situaciones, indicando que solo ha sufrido un ataque de pánico en su vida, y fue previo a los exámenes de selectividad.

Principalmente afecta al ámbito académico, ya que podría sacar mejores calificaciones de las que saca; y al ámbito social, pues le gustaría ser una persona más sociable y no sentir esa cohibición que siente en determinadas situaciones, provocando esto que no las afronte adecuadamente y cada vez sea mayor la interferencia. Al preguntarle por la reacción de los demás, dice que estos no muestran nada ante sus síntomas, que es una percepción más suya que de los demás, ya que en ocasiones sus compañeros le han hecho comentarios refiriendo que lo ha hecho bien y no han notado ningún síntoma ansioso, cuando él pensaba justo lo contrario. En cuanto a dar su opinión, no le han dado ningún feedback, pero si es cierto que se fija mucho en la expresión facial de los demás cuando él está hablando para ver cómo estos reaccionan.

En la entrevista también se le preguntó por su círculo de amistades, y éste indicó que actualmente ha perdido el contacto con el que ha sido siempre su grupo de amigos, grupo con el que se solía relacionar cuando iba de visita a su pueblo, y la razón ha sido tener distintos puntos de vista. Su actual círculo de amistades está formado por un grupo de tres chicos con el que suele hacer planes como ir al cine, dar una vuelta o tomar algo; y otro más amplio, formado tanto por chicos como chicas, entre los que se encuentra su compañero de piso, persona en la que más confía, y con quien mantiene una relación más estrecha. Respecto a sus compañeros de clase indica que tiene buena relación con estos, pero ésta no es estrecha, limitándose exclusivamente a temas académicos. Además, señala que suele relacionarse más con chicos que con chicas, y concluye la entrevista indicando que nunca ha tenido pareja, pero sí es algo que esté buscando en este momento.

Respecto a las escalas administradas, se obtienen los siguientes resultados:

En el IA, se obtiene en la “Escala de Malestar o Ansiedad” una puntuación total de 53, mientras que en la “Escala de Probabilidad de Respuesta” la puntuación es de 112 (véase *tabla 1*). Esto a nivel global indica que es una persona despreocupada, es decir, aunque no se comporta de manera asertiva, tampoco manifiesta ansiedad por ello. También indica que tiene una baja probabilidad de respuesta, por lo que hay que trabajar para que tenga una conducta asertiva. En cambio, cuando se realiza el análisis por categorías, se observa que las áreas en las que presenta problema teniendo una baja probabilidad de respuesta son “hacer críticas a otros” y “rechazar peticiones”, ya que en ambas es mayor la proporción de ítems en los que ha puntuado 4 o 5 con respecto a la mitad del número de ítems totales de esas áreas. Como área en la que le gustaría ser más asertivo señala “hacer críticas a otros”.

En la FNES, la puntuación obtenida es de 25 sobre 30 (véase *tabla 2*), indicando esto claramente que el sujeto presenta pensamientos de temor a la evaluación interpersonal, pudiéndose considerar esto como uno de los aspectos centrales de sus dificultades sociales.

A continuación, se muestran las dos tablas mencionadas, como resumen de los resultados expuestos:

Tabla 1

Resultados de la escala “Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey”.

	Puntuación total	Corrección cuantitativa	Corrección cualitativa
Grado de ansiedad/malestar	53		
Probabilidad de respuesta	112	Persona despreocupada.	• “Hacer críticas a los demás” • “Rechazar peticiones”

Tabla 2

Resultados de la “Escala de temor a la evaluación negativa”.

Puntuación total	Interpretación
25/30	Existen pensamientos de temor a la evaluación interpersonal.

Una vez analizados todos los datos recogidos durante la fase de evaluación, podemos concluir que el diagnóstico obtenido es que el paciente presenta dificultades en situaciones de tipo social, tal y como parecía de la demanda de este. En concreto, las cuatro situaciones donde presenta dificultad son: a) exponer en público, b) dar su opinión ante los demás, c) rechazar peticiones, y d) hacer críticas a otros. Ante estas situaciones, como se ha mencionado anteriormente, el paciente no presenta ansiedad, pero tampoco emite respuestas ni lleva a cabo conductas asertivas.

Para plantear una intervención adecuada a las necesidades del paciente, es necesario analizar con precisión cuales son las variables antecedentes tanto pasadas como actuales, la sintomatología que presenta, así como sus consecuentes, y las relaciones existentes entre todas ellas. Por ello, a continuación, se lleva a cabo un análisis topográfico del caso (*véase tabla 3*).

Dentro de las variables antecedentes, nos encontramos con variables tanto pasadas como actuales. Las variables pasadas que se observan son, en primer lugar, ciertas variables psicológicas o factores personales como son la inhibición, la timidez predisponente, la inseguridad, o lo crítico, perfeccionista y exigente que es. En segundo lugar, nos encontramos con variables ambientales que, en combinación con las variables psicológicas, actúan como factores negativos o factores de riesgo. Estas son la alta sobreprotección de la madre hacia él y sus hermanos, y el desapego del padre. También menciona que, durante la adolescencia, en el instituto, sus compañeros de clase solían meterse con él, aunque esto no llegó a convertirse en acoso.

En cuanto a la sintomatología que presenta, a nivel fisiológico experimenta todos los síntomas mencionados anteriormente en el apartado de la entrevista, durante los minutos previos a afrontar las situaciones mencionadas anteriormente, y al principio de afrontarlas. Destaca tener la boca seca, y lo considera como el síntoma que más interfiere

en el desempeño de las mismas. A nivel cognitivo, presenta sobre todo miedo al rechazo y a la evaluación negativa de los demás. Teme no ser entendido por otros, y que estos formen una imagen equivocada sobre él. También presenta excesiva sensibilidad a la crítica, pensamientos negativos acerca de lo que puedan estar pensando los demás sobre él, una sobreestimación del nivel de habilidad social que se le exige, así como foco atencional interno (centrándose en sus síntomas ansiosos y sus propios errores), y foco atencional externo (estado de alerta ante posibles reacciones o expresiones negativas por parte de los demás).

Por último, a nivel conductual, lleva a cabo conductas de evitación de determinadas situaciones sociales como puede ser dar su opinión ante un grupo de personas que no conoce o con los cuales no comparte opinión. Cuando ha de afrontar las situaciones, este lleva a cabo conductas de escape, haciendo uso de estrategias de seguridad como no mirar directamente a los ojos para evitar de ese modo que se dirijan a él.

La baja autoestima e inseguridad que presenta podría ser una posible consecuencia que esta sintomatología tiene en su vida, puesto que no se percibe como alguien capaz de afrontar estas situaciones de forma satisfactoria, y considera un fracaso presentar sintomatología ansiosa. Otra consecuencia sería la dificultad para fortalecer las amistades que ya tiene, así como para establecer nuevas, indicando que hay una importante falta de interés propia con respecto a esto, y provocando en consecuencia que su círculo de amistades sea cada vez más reducido y débil. Que su red de apoyo social cada vez sea más escasa, hace que cada vez tenga menos reforzadores positivos, afectando esto principalmente a los ámbitos social y académico. Por último, sus síntomas fisiológicos están más presentes y son más acusados, provocando esto que a nivel emocional sienta más miedo o temor, ansiedad y vergüenza.

Tabla 3

Análisis topográfico del caso.

Antecedentes	Respuesta sujeto	Consecuencias
<u>Variables psicológicas</u>	<u>Fisiológica</u>	• Baja autoestima.
• Perfeccionismo.	• Taquicardia.	• Escasa red de apoyo social.
• Timidez predisponente.	• Palpitaciones.	
• Baja autoestima.	• Presión en pecho.	• Inseguridad.

• Inseguridad. • Crítica elevada. • Exigencia.	• Temblores. • Tensión. • Rigidez muscular.	• Dificultad para fortalecer amistades, así como para establecer nuevas.
<u>Variables ambientales</u>	• Sensación de mareo e inestabilidad.	• Dificultad en el ámbito académico.
• Madre sobreprotectora. • Padre desapegado. • “Acoso”.	• Boca seca.	• Escasos reforzamientos positivos.
<u>Situación desencadenante</u>	<u>Cognitiva</u>	<u>Emociones</u>
• Situaciones sociales negativas (respecto a situaciones sociales). • Foco atenciones interno y externo. • Ansiedad de anticipación • Necesidad de aprobación continua. • Miedo al rechazo y a la malinterpretación.		• Miedo o temor. • Boca seca. • Ansiedad. • Vergüenza.
	<u>Conductual</u>	<u>Fisiológica</u>
	• Uso de conductas de seguridad en situaciones sociales que si afronta. • Evitación de situaciones sociales.	• Temblores. • Taquicardia. • Tensión. • Rigidez. • Boca seca. • Bloqueos. • Sudoración.
	<u>Emocional:</u>	
	• Inseguridad • Negatividad • Sensación de incapacidad • Miedo • Ansiedad.	

Para la intervención se han tenido en cuenta tanto la demanda del paciente como los distintos aspectos que influyen en el problema que se plantea, por lo que la propuesta de intervención elegida se compone de una combinación de exposición con entrenamiento en habilidades sociales. Se ha elegido esta propuesta de intervención en función de los resultados obtenidos en la evaluación, y es que se ha comprobado que el sujeto presenta dificultades en situaciones de tipo social, y no ansiedad social, siendo necesario por tanto trabajar solo algunos aspectos. Por esta razón, no es necesario aplicar un programa completo con todas sus estrategias, sino tan solo centrarse en aquellas que nos ayuden a conseguir nuestros objetivos terapéuticos, y mejorar aquellos aspectos que queremos mejorar. Este ha sido también el motivo de porque no se ha llevado a cabo la intervención con el programa “IMAS”, propuesto anteriormente. No se considera necesario aplicar un programa al completo, cuando tan solo son necesarias algunas de las estrategias que lo conforman.

Por último, otra razón ha sido que aún no hay datos que avalen la eficacia de este programa, así como de combinar la terapia cognitivo conductual con las terapias de tercera generación. Es un programa actual e innovador, el cual se ha de tener en cuenta desde luego, pero del cual solo se tienen creencias, y como se menciona en el artículo en el cual se habla sobre este programa, no todas las creencias son realidades. A su vez, dentro del entrenamiento en habilidades sociales, se encuentran tres técnicas las cuales son autoinstrucciones, modelado y role-playing. En un principio se iba a llevar a cabo un entrenamiento en las tres, pero dadas las características del caso, solo es necesario un entrenamiento en autoinstrucciones, puesto que es suficiente en primera instancia para conseguir el desarrollo en el paciente de habilidades sociales y de asertividad. En caso de no alcanzar los objetivos propuestos, se optaría por valorar otras estrategias y añadirlas al programa de intervención.

7. Intervención.

7.1. Objetivos y secuenciación.

Los objetivos terapéuticos que tiene el programa de intervención son:

- a) Reducir las dificultades que presenta en situaciones sociales de actuación, interacción y observación, como son exponer en público, rechazar peticiones, hacer una crítica o dar su opinión ante un grupo de personas tanto conocidas como desconocidas, además de la sintomatología que las acompaña (boca seca, palpitaciones, tensión muscular...). A su vez, aumentar sus habilidades sociales y su asertividad.
- b) Disminuir los pensamientos negativos del tipo “no voy a ser capaz”, “no me siento preparado” o “me voy a poner muy nervioso y los demás se van a dar cuenta” en estas situaciones, así como su preocupación por lo que los demás puedan pensar de él.
- c) Que los estilos de afrontamiento que tenga sean adecuados, y, por tanto, no haga uso de conductas de evitación o conductas de escape con conductas de seguridad como evitar el contacto ocular, o pasar desapercibido.

El programa consta de los apartados que se van a mencionar a continuación, aunque es necesario aclarar antes que no se va a seguir esta secuenciación en orden riguroso, sino que estos se combinarán a lo largo de las sesiones. Estos apartados son:

- 1. Psicoeducación.
- 2. Entrenamiento en habilidades sociales (HHSS): Instrucciones.
- 3. Exposición (imaginación y realidad).
- 4. Entrenamiento en asertividad.
- 5. Tareas para casa.

7.2. Programa de intervención.

Las sesiones de intervención han tenido lugar una vez a la semana, siendo éstas de una hora de duración. Al principio de cada sesión, se hablaba acerca de cómo había ido la semana y, tras esto, se revisaban las tareas para casa que se le habían mandado al paciente en la sesión anterior (exposición a través de las jerarquías y asertividad). Una vez terminado, se pasaba a trabajar con los objetivos terapéuticos de cada sesión a través de las distintas técnicas mencionadas anteriormente y, cuando se cumplía con ello, se procedía a explicar las tareas para casa que se le mandaban al paciente. A continuación,

se muestra con más detalle cómo se han ido desarrollando las distintas sesiones del programa de intervención.

Sesión 1

Objetivos terapéuticos

- Que el paciente conozca su diagnóstico, así como el análisis topográfico del mismo.
- Informar al paciente de la organización y funcionamiento de la terapia que se va a llevar a cabo.
- Comenzar a elaborar las jerarquías.

Técnicas utilizadas

Psicoeducación y construcción de jerarquías.

Descripción de la sesión

Se comenzó la sesión comunicándole cuáles habían sido los resultados obtenidos en la fase de evaluación, para la cual se necesitaron dos sesiones, además del diagnóstico final. A raíz del análisis topográfico, se le explicó cuáles podían ser las causas o variables implicadas en la aparición de su problema, así como las consecuencias de éste. Tras esto, se le indicó en qué consistiría la terapia, los objetivos terapéuticos, que técnicas se utilizarían, y como estaría estructurada.

Seguidamente, se le explicó que la exposición se trabajaría a través de jerarquías, elaborando una para cada una de las cuatro situaciones sociales donde presentaba dificultades. Ordenó estas cuatro situaciones de menor a mayor grado de ansiedad, y una vez se obtuvo el orden, comenzamos por elaborar la jerarquía de la situación donde menor dificultad presentaba, que era “hacer críticas a los demás” (*véase anexo 4*).

Como tarea para casa, se le mandó que elaborara las tres jerarquías restantes.

Sesión 2

Objetivos terapéuticos

- Elaboración de jerarquías.
- Que el paciente conozca el procedimiento de la exposición en la imaginación, y la ponga en práctica.

Técnicas utilizadas

Psicoeducación, construcción de jerarquías y exposición (imaginación).

Descripción de la sesión

En primer lugar, se hizo un breve recordatorio de todo lo visto en la sesión anterior. Una vez concluyó, se le pidieron las tareas que se le habían mandado para casa en la sesión anterior, pero el paciente no pudo realizarlas durante la semana, por lo que pasamos a la elaboración de las mismas en la sesión. Esta sesión se centró exclusivamente en la construcción de las jerarquías para las situaciones “dar su opinión”, “rechazar peticiones” y “exponer en público” (véase *anexo 4*). Una vez se finalizaron, se procedió a explicarle en qué consistía la exposición en la imaginación, y se puso en práctica con los primeros ítems de la jerarquía “hacer críticas a los demás”.

Como tarea para casa se le mandó que siguiera con la exposición en la imaginación de esa jerarquía.

El paciente, una vez se le explica el procedimiento de la exposición en la imaginación refiere que le es difícil al principio recrear las situaciones de los distintos ítems, muestra de ello es el ritmo al que se avanza de uno a otro. Tras practicar con varias situaciones, afirma tener menos dificultad.

Sesión 3

Objetivo terapéutico

Continuar con la exposición en la imaginación, avanzando a través de las jerarquías.

Técnicas utilizadas

Exposición en imaginación.

Descripción de la sesión

Se comenzó repasando lo visto en la sesión anterior, así como las tareas para casa que se le mandaron. Se comentaron cuáles habían sido las dificultades que había tenido a la hora de realizar la exposición en imaginación de la jerarquía, y hasta que ítem había conseguido llegar. Tras esto, se prosiguió a continuar con la exposición en imaginación a partir del último ítem trabajado por el paciente en casa.

La tarea para casa de esta semana fue continuar con la exposición en imaginación a continuación del último ítem trabajado en la terapia.

Durante la sesión, muestra cada vez mayor facilidad para la exposición en imaginación.

Sesión 4

Objetivo terapéutico

Afianzar la exposición en imaginación.

Técnicas utilizadas

Exposición en imaginación.

Descripción de la sesión

De nuevo, tras repasar la sesión anterior, se continuó comentando las tareas para casa y las dudas y problemas que le habían surgido durante la semana. Se siguió con la exposición en la imaginación terminando de este modo la jerarquía “hacer críticas”, y se pasó a la siguiente, la cual era “dar su opinión”.

Como tarea para casa, se le mandó que continuara con la exposición en imaginación de esa nueva jerarquía.

El paciente indica haber trabajado en casa la exposición en imaginación sin ningún impedimento, señalando que ya se desenvuelve con soltura.

Sesión 5

Objetivos terapéuticos

- Adquisición de habilidades sociales (HHSS).
- Que el paciente conozca el procedimiento de la exposición en la realidad y la ponga en práctica.

Técnicas utilizadas

Psicoeducación, exposición (imaginación y realidad) y entrenamiento en habilidades sociales (autoinstrucciones).

Descripción de la sesión

Se inició haciendo un breve repaso de la sesión anterior, así como de las tareas para casa. También se comentó con el paciente qué dificultades había encontrado durante esta semana, y en que situaciones en concreto habían tenido lugar.

En segundo lugar, se procedió a continuar con la exposición en imaginación, para la cual se dedicó la primera parte de la sesión. A su vez, esta se acompañaba de autoinstrucciones en aquellas partes donde el paciente indicaba tener dificultad. Otro aspecto que se comenzó a trabajar en esta sesión fue la exposición en la realidad, en la cual se le pidió al paciente que escogiera de la jerarquía una situación de baja dificultad, una de media y otra de alta dificultad, y las representaríamos a través de role-playing. Tuvo lugar también un cambio de roles, y ahí fue donde se le indicó que aspectos debía mejorar en estas situaciones.

Como tareas para casa, se le animó a provocar en la vida real situaciones de las jerarquías, y que, de ese modo, pusiera en práctica lo aprendido en la sesión viéndose a sí mismo como se desenvolvía en las mismas. También se le indicó que continuara con la exposición en la imaginación.

De nuevo, al igual que ocurre con la exposición en imaginación en las sesiones anteriores, en ésta con la exposición en la realidad al principio el sujeto muestra algo de dificultad, pero pronto consigue recrear las situaciones sin ningún inconveniente.

Sesión 6

Objetivos terapéuticos

- Trabajar la asertividad.
- Continuar con la exposición en imaginación y realidad.
- Que el paciente aplique lo aprendido a través del entrenamiento en HHSS y asertividad.

Técnicas utilizadas

Psicoeducación, exposición (imaginación y realidad), entrenamiento en habilidades sociales (autoinstrucciones), y entrenamiento en asertividad.

Descripción de la sesión

Como es propio de cada sesión al inicio, se repasó el contenido visto la semana anterior, así como se comentaron los problemas y dudas que había tenido durante la semana. Tras esto, se procedió a explicarle el contenido “Asertividad”, y se llevó a cabo un entrenamiento, el cual consistió en poner algunos ejemplos de situaciones, y luego practicar con role-playing.

En segundo lugar, se continuó con la exposición en imaginación y la realidad, aplicando ya los contenidos vistos previamente en el entrenamiento en asertividad.

Por último, en las tareas para casa se le indicó que pusiera en práctica lo aprendido durante la sesión, insistiéndole en la importancia de provocar situaciones para ello, además de continuar practicando con la exposición en imaginación.

Durante la sesión, el paciente indica no tener dificultad, por lo que se avanza a través de los objetivos terapéuticos tal y como estaba establecido.

Sesión 7

Objetivos terapéuticos

- Aplicación de lo aprendido a través del entrenamiento en HHSS y asertividad.
- Afianzamiento de la exposición en imaginación y la realidad.

Técnicas utilizadas

Psicoeducación, exposición (imaginación y realidad) y habilidades sociales (autoinstrucciones).

Descripción de la sesión

De nuevo, como al comienzo de cada sesión, se recordó lo visto en la sesión anterior y se repasaron las tareas para casa. En esta sesión el paciente mencionó dos situaciones concretas que había tenido que afrontar durante esa semana, y cómo se había desenvuelto antes ellas. Se le dio feedback tanto de estas dos situaciones, como de la evolución de la terapia. A continuación, se procedió a seguir con el esquema de la sesión anterior, en el cual la primera parte de la sesión se dedicó a continuar con la exposición en imaginación acompañada de autoinstrucciones en los aspectos donde se había mostrado dificultad. En la segunda parte de la sesión se siguió con la exposición en la realidad.

Por último, en las tareas para casa, se le indicó que continuara practicando con las jerarquías, y que siguiera intentando provocar situaciones sociales de estos tipos en la vida real.

Cuando habla de las situaciones que ha tenido que afrontar a lo largo de la semana, denota una seguridad que no estaba presente durante las primeras sesiones de la terapia, afirmando a su vez que cada vez afronta mejor estas situaciones.

Sesión 8

Objetivo terapéutico

Reforzar todo lo aprendido hasta el momento.

Técnicas utilizadas

Exposición (imaginación y realidad) y habilidades sociales (autoinstrucciones).

Descripción de la sesión

Primeramente, se comenzó la sesión dándole feedback positivo del avance y reforzándole, y se volvió a hacer un repaso global de todo lo visto desde el inicio de la terapia. Tras ello, se continuó con la exposición en imaginación y la realidad, a la vez que se le animaba a aplicar lo visto durante el entrenamiento en asertividad, así como se le iban dando autoinstrucciones, siendo estas cada vez menos y, por tanto, siendo esto muestra de la mejoría cada vez más notable.

Como tareas para casa, debía seguir trabajando lo visto en las sesiones anteriores.

Una vez finaliza la sesión, se observa que cada vez son más notables los avances del sujeto en la terapia.

Sesión 9

Objetivo terapéutico

Repasar de forma general todo el contenido visto en el programa de intervención.

Técnicas utilizadas

Exposición (imaginación y realidad) y habilidades sociales (autoinstrucciones).

Descripción de la sesión

Una vez se repasan los contenidos vistos en la sesión anterior, así como se comenta como ha ido la semana, pasamos a continuar con las jerarquías y la exposición en imaginación y en la realidad. El paciente a su vez aplica los contenidos ya vistos con anterioridad.

Refiere haber adquirido más seguridad en sí mismo respecto al comienzo de la terapia, enfocando estas situaciones de forma asertiva, y, por tanto, siendo notable la mejoría tras el programa de intervención.

Seguidamente se muestra una tabla resumen de la intervención, en la que se incluyen las sesiones de las que ha constado, los objetivos de cada una de ellas, así como las tareas para casa que se le han ido mandando al paciente.

Tabla 4

Tabla resumen de la intervención.

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	TAREAS PARA CASA
1	- Que el paciente conozca su diagnóstico, así como el análisis topográfico del mismo. - Informar al paciente de la organización y funcionamiento de la terapia que se va a llevar a cabo. - Comenzar a elaborar las jerarquías.	- Elaboración de las jerarquías restantes.
2	- Elaboración de jerarquías. - Que el paciente conozca el procedimiento de la exposición en la imaginación, y la ponga en práctica.	- Trabajar la exposición en la imaginación.
3	- Continuar con la exposición en la imaginación, avanzando a través de las jerarquías.	- Seguir con la exposición en la imaginación.
4	- Afianzar la exposición en la imaginación.	- Practicar la exposición en la imaginación de la nueva jerarquía.
5	- Adquisición de HHSS. - Que el paciente conozca el procedimiento de la exposición en la realidad, y la ponga en práctica.	- Continuar con la exposición en la imaginación. - Provocar situaciones de las jerarquías en la vida real.

6	- Trabajar la asertividad. - Continuar con la exposición en la imaginación y realidad. - Que el paciente aplique lo aprendido a través del entrenamiento en HHSS y asertividad.	- Poner en práctica lo aprendido durante la sesión. - Provocar situaciones sociales de este tipo en la vida real, y resolverlas aplicando lo aprendido hasta el momento. - Practicar con la exposición en la imaginación.
7	- Aplicación de lo aprendido a través del entrenamiento en HHSS y asertividad. - Afianzamiento de la exposición en la imaginación y la realidad.	- Practicar con las jerarquías. - Provocar de nuevo situaciones sociales de este tipo en la vida real.
8	- Reforzar todo lo aprendido hasta el momento.	- Trabajar lo visto en las sesiones anteriores.
9	- Repasar de forma general todo el contenido visto en el programa de intervención.	- Aplicar todos los recursos trabajados durante la terapia en la vida real.

7.3. Resultados y conclusiones.

Una vez finalizado el programa de intervención, tuvo lugar una sesión post-evaluación, en la cual se pudo comprobar si la terapia y el programa utilizado en ella habían sido efectivos y se habían cumplido los objetivos. Para ello, se volvieron a aplicar los mismos instrumentos que se administraron durante la fase de evaluación, siendo los resultados obtenidos los siguientes:

En la escala AI obtuvo una puntuación de 51 en grado de malestar o ansiedad y de 62 en probabilidad de respuesta, frente a unas puntuaciones previas de 53 y 112 respectivamente (*véase figura 1*). Los resultados iniciales indicaban que debía mejorar algunos aspectos de asertividad a nivel de malestar o ansiedad presentada en determinadas situaciones, mientras que en cuanto a la probabilidad de respuesta debía trabajar para conseguir una

conducta asertiva. Los últimos resultados muestran que las puntuaciones de ambas subescalas se encuentran dentro del rango de la normalidad, por lo que ha habido una notable mejoría, especialmente en la subescala probabilidad de respuesta.

A nivel global, ha pasado de ser una persona despreocupada, la cual no se comporta asertivamente, pero tampoco manifiesta ansiedad por ello, a ser una persona asertiva, que si realiza conductas asertivas y no manifiesta ansiedad al hacerlo.

En relación con las áreas mejorables, en un principio mostraba problemas en las áreas “rechazar peticiones” y “hacer críticas” en cuanto a probabilidad de respuesta, pero actualmente, no presenta problema en ninguna de las áreas mencionadas. Tampoco señala ningún área en la que le gustaría ser asertivo, cuando al principio señaló “hacer críticas a otros”.

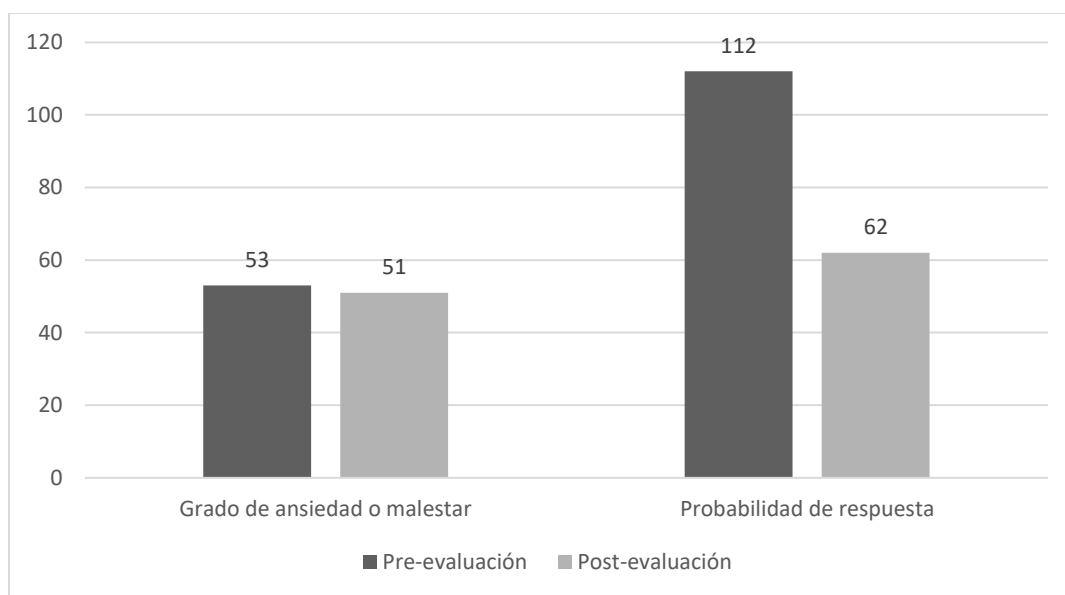


Figura 1. Gráfica comparativa de los resultados del cuestionario AI.

Con respecto a la escala FNES, se obtuvo una puntuación total de 5 sobre 30 frente a una puntuación inicial de 25 sobre 30, por lo que se puede observar una notable reducción de los pensamientos de temor a la evaluación negativa interpersonal (véase figura 2).

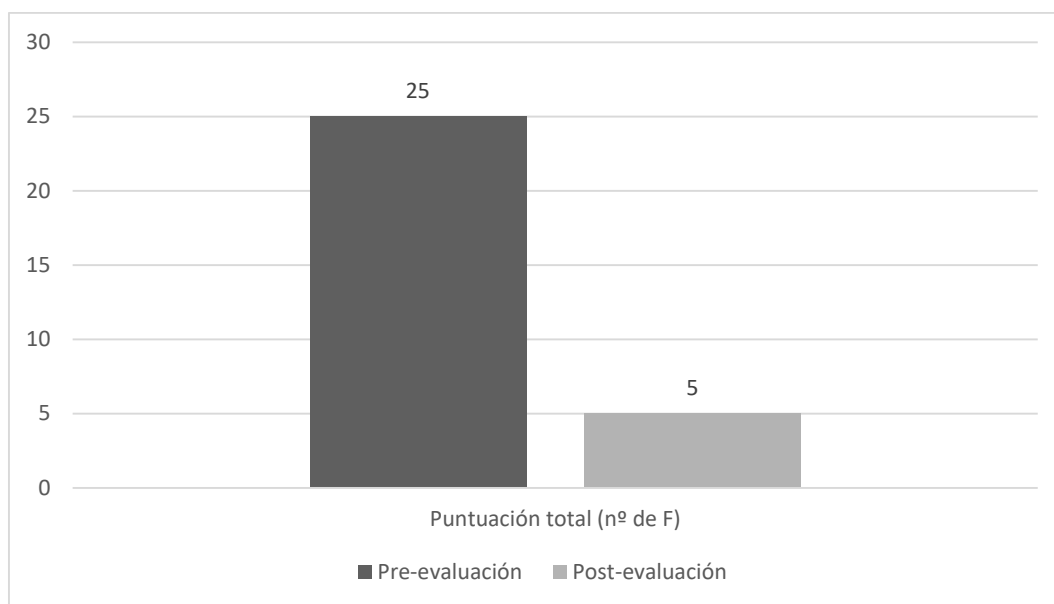


Figura 2. Gráfica comparativa de los resultados del cuestionario FNES.

Tras observar estos resultados, se puede concluir que el programa de intervención utilizado, así como las técnicas de las que este se ha compuesto, han sido efectivos para el tratamiento de las dificultades en situaciones de tipo social. Al no presentar el sujeto ansiedad social como tal, sino dificultades en situaciones de tipo social, se optó por elegir unas estrategias de intervención determinadas, en lugar de elegir un programa y aplicarlo al completo. El resultado ha sido un aumento de la asertividad y de las habilidades sociales del sujeto, así como un incremento de las conductas asertivas, y una importante disminución de los pensamientos negativos a la evaluación interpersonal, todo ello gracias a la exposición en la imaginación y en la realidad, el entrenamiento en HHSS, y el entrenamiento en asertividad.

Por lo tanto, se afirma que este tipo de técnicas han sido adecuadas para este tipo de problema, y que se ha cumplido con los objetivos terapéuticos del programa.

8. Limitaciones y sugerencias.

No obstante los resultados anteriores, son varias las limitaciones que habría que tener en cuenta en estudios posteriores o en intervenciones del mismo tipo en el Servicio.

En primer lugar, no es posible supervisar ni garantizar la realización de las tareas para casa por parte del paciente. Esto ha implicado que no se han podido resolver las dudas

que le han ido surgiendo ni se le ha podido dar feedback en esos momentos, lo que ha contribuido en ocasiones a que la terapia avance a un ritmo distinto al estipulado al principio, al no comprometerse el paciente con todo lo que había prometido. No poder resolver sus dudas o darle feedback cuando está fuera de la terapia, para hacerle ver la importancia de cumplirlas, y aumentar así su motivación para el cumplimiento de las tareas, implica que luego hay que dedicar un tiempo mayor durante las sesiones a actividades en las que podría haber avanzado, lo que enlentece el avance de la terapia. Esto podría resolverse en parte dedicando un tiempo al inicio de cada sesión para comentar las dudas o problemas que le hayan surgido al paciente durante la semana, así como especialmente durante la realización de las tareas para casa.

Otra limitación que se ha encontrado durante la intervención ha sido no poder realizar parte de la intervención en sesiones grupales. Hay estudios que avalan el importante efecto que tiene en los resultados combinar las sesiones individuales con las sesiones en grupo. Así, la terapia habría resultado más efectiva de haberse combinado ambos tipos de terapia, lo que debería tenerse en cuenta para las intervenciones posteriores sobre este problema que se demanden en el Gabinete de Psicología.

La última de las limitaciones de la intervención realizada ha sido la falta de tiempo para terminar adecuadamente la intervención. El paciente ha terminado el curso académico y esto ha supuesto que no haya querido continuar con la terapia, haciendo que la última sesión haya sido muy breve, y, por tanto, no se le hayan podido suministrar pautas de consolidación de lo entrenado en terapia para el futuro. Tampoco se podrá realizar una sesión de seguimiento presencial a los seis meses, por lo que, como sugerencia, se propone que esta sesión de seguimiento se pueda realizar al menos a través de la vía telefónica.

9. Referencias.

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. (Trabajo original publicado en 2013).
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., y Carrobbles, J. A. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., García-López, L. J., Irurtia, 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. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2ª ed.)* (pp. 183-217). Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Garrido, L., e Irurtia, M. J. (2012). *Fobia social*. En M. A. Vallejo (dir.), *Manual de terapia de conducta (tomo 1, 2ª ed.)* (pp. 335-401). Madrid: Dykinson.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., y Hofmann, S. G. (2019). Una nueva intervención multidimensional para la ansiedad social: el programa IMAS. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 27 (1), 149-172.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Olivares, P., y Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 22(3), 401-422.
- Carrasco, I., Clemente, M., y Llavona, L. (1989). Análisis del Inventario de aserción de Gambrill y Richey. *Estudios de Psicología*, 37, 63-74.
- Clark, D. M. (1989). *Anxiety states: Panic and generalized anxiety*. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.

- Gambrill, E. D., y Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- Gantiva, C., Toro, R., Ballesteros, L., Salcedo, D., Vargas, R., Gutiérrez, Y., y Montes, K. (2012). Atención y motivación ante estímulos afectivos en personas con ansiedad social. *Revista CES Psicología*, 5(2), 79-87.
- García-López, L. J., Díaz-Castela, M. M., Muela-Martínez, J. A., y Espinosa-Fernández, L. (2014). Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement? *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 812-822.
- García-López, L. J., Ingles, C. J., y García-Fernández, J. M. (2008). Exploring the relevance of gender and age differences in the assessment of social fears in adolescence. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 36, 385-390.
- García-López, L. J., Irurtia, M. J., Caballo, V. E., y Díaz-Castela, M. M. (2011). Ansiedad social y abuso psicológico. *Psicología Conductual*, 19(1), 223-236.
- Gómez-Ortiz, O., Casas, C., y Ortega-Ruiz, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 24 (1), 29-49.
- Ingles, C. J., La Greca, A. M., Marzo, J. C., García-López, L. J., y García-Fernández, J. M. (2010). Social Anxiety Scale for Adolescents: Factorial invariance and latent mean differences across gender and age in Spanish adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 847-855.
- Maciá, D., y García-López, L. J. (1995). Fobia social: Tratamiento en grupo del miedo a hablar en público de cuatro sujetos mediante un diseño n=1. *Anales de Psicología*, 11(2), 153-163.
- Peña-Salas, G. F., Bareño, J., Berbesi, D. Y., y Gaviria, S. L. (2014). Prevalencia de abuso y dependencia de alcohol en adultos con fobia social en Medellín. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(2), 66-72.

- Ranta, K., La Greca, A. M., García-López, L. J., y Marttunen, M. (2015). *Social anxiety and phobia in adolescents: development, manifestation and intervention strategies*. Suiza: Springer.
- Salazar, I. C. (2013). *Fiabilidad y validez de una nueva medida de autoinforme para la evaluación de la ansiedad/fobia social en adultos*. (Tesis de doctorado). Universidad de Granada, Granada.
- Salazar, I. C., Roldán, G. M., Garrido, L., y Ramos-Navas Parejo, J. M. (2014). La asertividad y su relación con los problemas emocionales y el desgaste en profesionales sanitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 523-549.
- Wagner, M. F., Pereira, A. S., y Oliveira, M. S. (2014). Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 425-442.
- Watson, D., y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Zubeidat, I., Salinas, M. J., y Sierra, J. C. (2007). Escala de Miedo a la Evaluación Negativa y Escala de Evitación y Malestar Social: fiabilidad y validez en una muestra de adolescentes españoles. *Clínica y Salud*, 18(1), 57-81.

Anexo 1. Cuestionario de evaluación inicial.

Por favor, conteste a las siguientes preguntas. Recuerde que la información que incluya en este documento es absolutamente confidencial. Una vez cumplimentado el cuestionario, envíelo por correo a la dirección del Gabinete de Psicología (gpsicologia@ujaen.es), para que su petición de ayuda pueda ser registrada. Lo más pronto que sea posible, una persona del gabinete contactará con usted para informarle sobre el estado de su petición.

Datos demográficos

Nombre y Apellidos:

Edad:

Categoría en la Universidad:

ESTUDIANTE

PDI

PAS

Número de teléfono:

Dirección de correo:

DNI:

1.- Señale si desea participar en alguna de las actividades de asistencia grupal que suelen llevarse a cabo en el Gabinete de Psicología:

- ☐ Reducción del miedo a hablar en público.
- ☐ Autoestima y habilidades sociales.
- ☐ Reducción de la ansiedad ante los exámenes.
- ☐ Entrenamiento en conciencia emocional y regulación de las emociones.

Datos clínicos

2.- Si ha solicitado atención individual, indique de forma aproximada el motivo por el que solicita dicha ayuda (escriba cuanta información considere necesaria para que podamos conocer su problema). Indique cuáles son los síntomas que experimenta, la intensidad y la frecuencia.

3.- Indique desde cuando tiene el problema.

4.- Indique si recibe o ha recibido tratamiento psicológico por ese problema

5.- Indique el grado de interferencia del problema en su vida diaria

6.- Indique su disponibilidad para acudir al Gabinete de Psicología, de la forma más precisa posible.

7.- Indique las razones por las que decidió acudir al Gabinete de Psicología.

Los datos que se necesitan resultar necesarios, de manera que, de no facilitarlos, no será posible su asistencia. En este sentido, usted consiente expresamente la recogida y el tratamiento de los mismos para la citada finalidad.

En todo caso, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén (gsicologia@ujaen.es), sito en Paraje de Las Lagunillas, s/n de Jaén.

Anexo 2. Entrevista para la evaluación de la ansiedad.

1. Presentación por ambas partes.
2. Pasar la ficha del primer contacto.
3. Explicar el tema de la confidencialidad de datos (esto sólo lo manejan los miembros del programa del gabinete; para que salga de aquí es necesario tu consentimiento por escrito).
4. Explicar el proceso.
5. Indagar en qué situaciones (y/o miedos-objetos) se presenta el problema.
6. Descripción del problema por parte del sujeto (evaluar frecuencia, intensidad, duración y adecuación de los síntomas; así como la conducta motora, cognitiva, emocional y psicofisiológica presentada), en las distintas situaciones o ante los diferentes objetos temidos.
7. Consecuencias de los miedos: qué hace ante cada situación.
8. Indagar en la historia del problema.
9. Episodios de ataque de pánico.
10. Preguntar por los antecedentes personales y familiares de este problema o de otros psicológicos.
11. Si este problema afecta a otros ámbitos de la vida del sujeto.
12. Cómo reaccionan los demás ante los síntomas/problema del sujeto.
13. Que el sujeto describa su personalidad (lo bueno y lo malo) y que evalúe si algunas de sus características influyen positiva o negativamente en el problema.

Anexo 3. Escalas para la evaluación.

ESCALA DE TEMOR A LA EVALUACIÓN NEGATIVA (Watson y Friend, 1969)

Nombre _____

Fecha _____

Instrucciones

Conteste rodeando con un círculo las letras V (verdadero) o F (falso) si las afirmaciones que se presentan a continuación son o no aplicables a usted

1. Raras veces me preocupo sobre si parezco un loco ante los demás	V F
2. Me preocupa lo que la gente pensará de mí, incluso cuando sé que eso no va a cambiar nada	V F
3. Me pongo tenso y nervioso si sé que alguien me está examinando con la mirada	V F
4. No me preocupo incluso cuando sé que la gente está formando una impresión desfavorable de mí	V F
5. Me siento muy incómodo cuando cometo algún error en las relaciones sociales	V F
6. Me importan poco las opiniones que personas importantes tengan sobre mí	V F
7. Frecuentemente tengo miedo de parecer ridículo o ponerme a mí mismo en ridículo	V F
8. Casi no me afecta cuando otras personas me desaprueban	V F
9. Frecuentemente tengo miedo de que otras personas se den cuenta de mis errores	V F
10. Me afectaría poco la desaprobación de los demás	V F
11. Si alguien me está evaluando, tiendo a esperar lo peor	V F
12. Raramente me preocupo sobre la impresión que pueda estar dando a otra persona	V F
13. Me da miedo que otras personas no me acepten	V F
14. Me da miedo que otras personas me critiquen	V F
15. No me afectan las opiniones de los demás	V F
16. No me siento incómodo necesariamente si no agrado a alguien	V F
17. Cuando estoy hablando con alguien, me preocupa lo que esté pensando sobre mí	V F
18. Creo que es inevitable cometer errores en las relaciones sociales; por tanto, ¿por qué preocuparse?	V F
19. Normalmente me preocupa la impresión que pueda dar	V F
20. Me preocupa mucho lo que mis superiores puedan pensar de mí	V F
21. Aunque sepa que alguien me está juzgando, me afecta poco	V F
22. Me preocupa que los demás piensen que no valgo la pena	V F
23. Me preocupa muy poco lo que los demás puedan pensar de mí	V F
24. Algunas veces pienso que estoy demasiado preocupado por lo que los demás piensen de mí	V F
25. Frecuentemente me preocupa que pueda hacer mal las cosas	V F
26. Normalmente soy indiferente a las opiniones que los demás tengan de mí	V F
27. Normalmente creo que los demás tendrán una opinión favorable de mí	V F
28. Frecuentemente me preocupa que la gente que me importa no piense mucho en mí	V F
29. Pienso mucho en las opiniones que mis amigos puedan tener de mí	V F
30. Me pongo tenso y nervioso cuando sé que voy a ser evaluado por un superior	V F

INVENTARIO DE ASERTIVIDAD (Gambrill y Richey, 1975)

Nombre

Fecha

Instrucciones

Muchas personas tienen dificultades al comportarse en situaciones sociales e interpersonales que de alguna manera les exigen ser asertivos; por ejemplo, rechazar una petición de alguien, pedir un favor, hacer un cumplido a una persona, expresar acuerdo o desacuerdo, etc. Indique, por favor, su grado de malestar o ansiedad *ante* cada una de las situaciones enumeradas abajo. Utilice para ello la siguiente escala:

- 1 = Ninguno
- 2 = Un poco
- 3 = Bastante
- 4 = Mucho
- 5 = Muchísimo

A continuación, vuelva a leer la lista por segunda vez e indique *detrás* de cada situación la probabilidad con que usted lo haría si se le presentara la ocasión. Si usted, por ejemplo, raramente se disculpa cuando se equivoca, entonces pondría un “4” después de esa situación. Utilice la siguiente escala para indicar la probabilidad de respuestas:

- 1 = Siempre lo hago
- 2 = Generalmente lo hago
- 3 = Unas veces sí y otras no (mitad-mitad)
- 4 = Raramente lo hago
- 5 = Nunca lo hago

Es importante que tape los números que ha puesto en la escala de malestar (en la parte izquierda) cuando cumplimente la escala de probabilidades de respuesta (parte de la derecha), con el fin de evitar que la segunda puntuación se vea influida por la primera. Para ello, ponga un trozo de papel sobre la escala de la izquierda cuando rellene la de la derecha.

Grado de malestar	Situación	Probabilidad de respuesta
-----	1. Decir que no a alguien que te pide que le prestes el coche	----- 1
-----	2. Hacer cumplidos a un amigo	----- 2
-----	3. Pedir un favor a alguien	----- 3
-----	4. Resistir la presión de un vendedor que insiste en que le compre algo	----- 4
-----	5. Disculparse cuando se equivoca	----- 5
-----	6. Rechazar la petición de una entrevista o de una cita	----- 6
-----	7. Admitir algún tipo de temor y solicitar ayuda a alguien	----- 7
-----	8. Llamar la atención a una persona que dice o hace algo	----- 8
-----	9. Reclamar un ascensor	----- 9
-----	10. Admitir ignorancia en algún tema	-----10
-----	11. Decir que no a alguien que te pide que le prestes dinero	-----11
-----	12. Hacer preguntas personales	-----12
-----	13. Hacer callar a un amigo demasiado charlatán	-----13
-----	14. Solicitar crítica constructiva	-----14
-----	15. Iniciar una conversación con un extraño	-----15
-----	16. Decir cumplidos a una persona íntima	-----16
-----	17. Solicitar una entrevista o una cita con una persona	-----17
-----	18. Solicitar de nuevo una entrevista cuando la anterior fue rechazada	-----18
-----	19. Admitir posible confusión en un tema de discusión y pedir aclaración	-----19
-----	20. Solicitar un empleo	-----20
-----	21. Preguntar si has ofendido a alguien	-----21
-----	22. Decirle a alguien que le gusta	-----22
-----	23. Solicitar atención debida en caso de no recibirla (p.e. en restaurante)	-----23
-----	24. Discutir abiertamente con quien critica su forma de comportarse	-----24
-----	25. Devolver objetos defectuosos (p.e. en grandes almacenes o restaurante)	-----25
-----	26. Expresar una opinión diferente a la de la persona con la que habla	-----26
-----	27. Resistir propuestas de índole sexual cuando no le interesan	-----27
-----	28. Decirle a alguien lo que siente cuando le ha hecho algo que le disgusta	-----28

Grado de malestar	Situación	Probabilidad de respuesta
-----	29. Aceptar una cita	-----29
-----	30. Contarle a alguien buenas noticias sobre usted mismo	-----30
-----	31. Resistir la presión de gente que te incita a beber	-----31
-----	32. Oponerse a exigencias injustas de una persona significativa	-----32
-----	33. Dejar un trabajo	-----33
-----	34. Resistir la tentación de “dejarlo todo”	-----34
-----	35. Discutir abiertamente con la persona que critica tu trabajo	-----35
-----	36. Solicitar la devolución de objetos prestados	-----36
-----	37. Recibir cumplidos	-----37
-----	38. Mantener una conversación con alguien que no comparte su opinión	-----38
-----	39. Advertirle a un amigo o compañero de trabajo cuando hace algo molesto	-----39
-----	40. Decirle a alguien que se calle cuando dice en público algo que le molesta	-----40

Finalmente, indique, por favor, las situaciones en las que le gustaría comportarse más asertivamente poniendo un círculo alrededor de los números correspondientes.

Anexo 4. Jerarquías.

HACER CRÍTICAS A OTROS

- Crítica a un amigo con respecto a algo que ha hecho y te ha molestado, como por ejemplo puede ser no avisarte sobre algún plan o dejarte tirado. Decírselo estando él y otro amigo íntimo tuyo delante (10)
- Crítica a un amigo con respecto a algo que ha hecho y te ha molestado, como por ejemplo puede ser no avisarte sobre algún plan o dejarte tirado. Decírselo estando él, un amigo íntimo tuyo, y otras personas desconocidas para ti (9)
- Crítica a un amigo con respecto a algo que ha hecho y te ha molestado, como por ejemplo puede ser no avisarte sobre algún plan o dejarte tirado. Decírselo a él solo (8)
- Crítica a un amigo con respecto a un mal acto que ha tenido este en un tema importante para él (tema ajeno a ti), y hacerlo delante de más personas (7)
- Crítica a un amigo con respecto a un mal acto que ha tenido este en un tema importante para él (tema ajeno a ti), y decírselo a él solo (6)
- Decirle a un profesor en su despacho que el trato que has recibido por su parte no ha sido adecuado (5)
- Crítica a tu madre porque te ha dejado en evidencia delante de más personas (4)
- Crítica a tu madre por algo que te ha dicho estando los dos solos (3)
- Crítica a tu padre porque te ha dejado en evidencia delante de más personas (2)
- Crítica positiva a cualquier persona, siendo irrelevante el número de personas que haya delante (0)

DAR TU OPINIÓN

- Dar tu opinión negativa a un amigo sobre su relación de pareja, y hacerlo estando él y otro amigo íntimo vuestro delante (8)
- Dar tu opinión negativa a un amigo sobre su relación de pareja, y hacerlo estando él y otras personas desconocidas para ti (7)
- Dar tu opinión a un amigo, siendo esta negativa, sobre algo que ha hecho o dicho y que no te parece bien, estando los dos solos (6)
- Dar tu opinión negativa a un amigo sobre su aspecto, estando los dos solos (5)
- Dar tu opinión a tu padre en un tema en el que no estáis de acuerdo (4)

- Dar tu opinión a tu madre en un tema en el que no estáis de acuerdo (3)
- Dar tu opinión negativa a un desconocido sobre un tema relevante en la actualidad (2)
- Dar una opinión positiva a cualquier persona acerca de un tema poco relevante (0)

RECHAZAR PETICIONES

- Rechazar ofrecer ayuda a un compañero que te pregunta durante un examen acerca de algo que tú sabes (+10)
- Rechazar un plan que, si te gusta y te apetece hacerlo, pero no puedes por alguna causa como puede ser un examen, no tienes dinero o no tienes sitio donde quedarte a dormir (10)
- Rechazar la cita a una persona la cual no te gusta o atrae (9)
- Rechazar una proposición sexual (8)
- Resistir ante la insistencia de un vendedor, el cual a pesar de decirle que no, sigue insistiendo. Este da muy mala impresión (7)
- Resistir ante la insistencia de un vendedor, el cual a pesar de decirle que no, sigue insistiendo. Este da buena impresión (5)
- Resistir ante la insistencia de un vendedor, el cual le dices que no y deja de insistir (4)
- Rechazar la petición de un compañero de clase de dejarle prestado un trabajo, en el cual tú has invertido bastante tiempo y esfuerzo (3)
- Rechazar una reunión o quedada con un grupo de amigos (2)
- Rechazar la petición de dejar prestado dinero (1)
- Rechazar el consumo de alcohol o drogas (0)
- Rechazar la petición de dejar prestado el coche, sin importar quien sea la persona que te lo pida (0)

EXPONER EN PÚBLICO

- Dar una conferencia de una hora sobre Psicología y la comunidad LGTB ante 100 personas conocidas (10)

- Representar un teatro o cualquier tipo de actuación similar, de unos 40-60 minutos, ante 100 personas (9,5)
- Exponer un trabajo en grupo, y que la nota grupal dependa de la calidad de tu exposición. El tiempo sería de unos 20 minutos, ante unas 50 personas (una clase) y la asignatura irrelevante (siempre que se la haya preparado previamente) (8)
- Entrevista de trabajo de una hora, para acceder a un puesto de trabajo relacionado con Psicología (7,5)
- Entrevista de trabajo de una hora, para acceder a un puesto de trabajo no relacionado con Psicología (7)
- Exponer el TFG ante tu tutora durante 10 minutos (6)
- Dar una charla de una hora sobre Psicología y la comunidad LGTB ante unas 30 personas (5)
- Exposición de un trabajo en grupo, siendo tu parte a exponer de 5 minutos (4)
- Salir voluntario a hacer algún ejercicio o que te obliguen a salir (2)
- Hacer un comentario en clase, sobre una asignatura irrelevante y ante 25-50 personas (una clase) (1)
- Explicarle algo a alguien conocido sobre videojuegos durante unos 5-10 minutos (0)

Anexo 5. Documento comisión de ética.



Universidad de Jaén

Vicerrectorado de Investigación

COMISIÓN DE ÉTICA

Tipo de actividad : TFM

Referencia: ABR.19/5.TFM

Título de la actividad: Evaluación y propuesta de intervención en un caso de ansiedad social

Convocatoria y/o entidad a la que se presenta: TFM

- **Solicitante :** Ana García León
- **Estudiante:** Cristina Chacón Morales

Tipo de experimentación o actividad sometida a informe: Investigación en humanos

Informe que se emite : FAVORABLE

Observaciones:

Jaén, 29 de abril de 2019



Fdo. Gustavo Reyes del Paso
Presidente de la Comisión de Ética

Vicerrectorado de Investigación