



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE FOBIA A HABLAR EN PÚBLICO

Alumno: Alejandro Martínez Zambudio

Tutor: Luis Joaquín García López

Fecha: Convocatoria de Junio 2018

Resumen

El miedo a hablar en público es considerado una fobia social de actuación, apareciendo como especificador dentro del trastorno de ansiedad social. Se caracteriza por un miedo y ansiedad intensos ante aquellas situaciones en las que se habla delante de otras personas, lo que genera un malestar significativo que promueve la aparición de respuestas de escape y evitación, e interfiere con la vida diaria. En este trabajo se expone el caso clínico (diseño n=1) de una mujer de 25 años que presenta miedo a hablar en público, que fue abordado desde un enfoque cognitivo-conductual. Para evaluar el problema se utilizó una entrevista semiestructurada, así como diferentes instrumentos psicométricos. Algunos de estos instrumentos fueron usados también en la evaluación post-tratamiento. A partir del análisis funcional del problema se establecieron las hipótesis y objetivos terapéuticos. Posteriormente, se aplicó un tratamiento multicomponente cuyos principales procedimientos consistieron en: instrucción en la técnica de respiración, identificación de pensamientos, entrenamiento en autoinstrucciones, y exposición gradual en vivo. La intervención duró un total de dos meses y medio, y se fijó una fase de seguimiento al mes, y a los tres, seis y doce meses siguientes a la finalización del tratamiento. Se cumplieron todos los objetivos terapéuticos propuestos, siendo satisfactorios los resultados obtenidos. Finalmente se lleva a cabo una discusión sobre los resultados y limitaciones del trabajo.

Palabras clave: fobia social, miedo a hablar en público, evitación, terapia cognitivo-conductual.

Abstract

The fear of public speaking is considered a performance social phobia, appearing as a specifier of social anxiety disorder. This is characterized by intense fear and anxiety in those situations in which the subject is speaking in front of other people, producing a significant discomfort that causes the appearance of escape and avoidance responses, interfering with daily life. In this work we present the clinical case (n=1 design) of a 25-year-old woman, who fears to speak in public, approached from a cognitive-behavioral perspective. The problem was evaluated by a semi-structured interview and different psychometric instruments. Some of these psychometric instruments were used in the post-treatment evaluation as well. A functional analysis of the problem, allowed to establish therapeutic hypotheses and objectives. Subsequently, we applied a multicomponent treatment: breathing technique, identification of thoughts, self-instructions training, and exposure therapy. The intervention lasted two and half months and a follow-up phase was set after one month, and at three, six and twelve months. The objectives proposed were completed, since the results obtained were satisfactory. Finally, the results and limitations of the work are discussed.

Key words: social phobia, fear of speaking in public, avoidance, cognitive-conductual therapy.

ÍNDICE

1. Introducción	4
2. Descripción de la demanda del cliente	7
3. Antecedentes históricos.....	8
4. Hipótesis surgidas durante la evaluación	9
5. Técnicas y procedimiento de evaluación	9
6. Resultados de la evaluación y propuesta de intervención	16
6.1. Resultados de la evaluación	16
6.2. Propuesta de intervención.....	21
7. Intervención.	22
7.1. Objetivos y secuenciación.	22
7.2. Programa de intervención	24
8. Propuesta de seguimiento.....	37
9. Discusión y conclusión.	37
10. Referencias bibliográficas	40
11. ANEXOS	45

1. Introducción

Hace decenas de miles de años, cuando el ser humano comenzó a adquirir la capacidad de hablar y de relacionarse de forma compleja con miembros de su misma especie, comenzaron a crearse sistemas sociales donde las habilidades interpersonales del individuo eran fundamentales para permanecer dentro de un grupo que permitiera satisfacer necesidades afectivas y de supervivencia. Mucho tiempo ha pasado desde entonces, pero la importancia de las relaciones sociales no ha ido sino en aumento, más aún en un mundo cada vez más globalizado (Gilbert, 2001). Sin embargo, existen personas a las que llevar a cabo estas conductas que, en principio deberían ser adaptativas (hablar en público para exponer una idea, interaccionar con otras personas para solicitar ayuda, etc.), les provoca un malestar y una ansiedad desproporcionadas que resultan desadaptativos. Esto es lo que hoy día se conoce como trastorno de ansiedad social (Hofmann y Otto, 2017).

En el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (quinta edición) o *DSM-5* (APA, 2014), la fobia social aparece definida como un miedo y/o ansiedad intensos producido como respuesta a una o más situaciones sociales en las que la persona se ve expuesta o vulnerable ante la posible evaluación de los demás, como por ejemplo a la hora de interactuar socialmente (conversar con otra persona), sentirse observado (beber delante de compañeros de clase), y actuar delante de otros (exponer un trabajo académico).

De acuerdo con el citado manual, este trastorno cuenta con una serie de criterios diagnósticos concretos, como por ejemplo: temor a que se produzca una evaluación negativa a raíz una situación social; evitación de situaciones en las que debe actuarse, interactuar, o sentirse observado por otras personas; deterioro de algún área de funcionamiento por culpa de este problema, etc.

Finalmente, también cuenta con un especificador en caso de que las situaciones que generan miedo, ansiedad y evitación en el sujeto estén restringidas a hablar o actuar en público, considerándose entonces el diagnóstico de fobia social de actuación o a hablar en público.

Dado que el objetivo del presente trabajo ha sido llevar a cabo la evaluación y tratamiento de una persona con de fobia social a hablar en público, creo conveniente antes de comentar el caso, aclarar una serie de aspectos referidos a la naturaleza del problema.

La ansiedad social, con una prevalencia del 12.1 %, es uno de los trastornos de ansiedad más comunes y, sin embargo, menos del 20% de los afectados solicitan tratamiento (Gershkovich, 2017). Esto puede ser bastante problemático, ya que como señalan Ranta, La Greca, García-López y Marttunen, (2015), es un trastorno que, pese a que la severidad e intensidad de la sintomatología experimentada oscila a lo largo del tiempo, este tiende a la cronificarse.

En este sentido, un 70,3% de las personas que presentan una fobia social generalizada (temen más de una situación social) presentan miedo a hablar en público, mientras que el porcentaje de fóbicos sociales cuya única situación social temida es hablar en público es del 6,5% (Knappe *et al.*, 2011). En cuanto a la comorbilidad, en el trabajo de García-López, Bonilla y Muela-Martínez (2016), se encontró que la fobia social aparece frecuentemente asociada a otros trastornos, siendo los más frecuentes el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia específica, siendo poco frecuente que se den casos en los que solo exista fobia social de forma aislada.

Por su parte, la etiología de la fobia social no está del todo clara. Salazar (2013,) afirma que esto parece responder más bien a la presencia de múltiples variables implicadas en el desencadenamiento del problema. Más consenso hay en cuanto a la edad de aparición, ya que como señala García-López (2013), o Bögels *et al.* (2010), este trastorno suele darse entre los 12 y los 17 años, siendo más frecuente que la fobia a hablar en público aparezca en fases más tardías de la adolescencia que la fobia social generalizada.

En lo que respecta a la experiencia subjetiva del sujeto, Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Vindel, y García-Fernández (2012), señalan que en el organismo del fóbico social se produce una puesta en marcha del triple sistema de respuesta (cognitivo, psicofisiológico y motor) ante la situación temida, de manera similar a otros trastornos de ansiedad:

- En lo que respecta a los mecanismos cognitivos, aparecen pensamientos anticipatorios y negativos (“seguro que me equivoco”, “van a pensar que soy estúpido”, etc.) y focalizan su atención en sus temores en lugar de en lo que tienen que decir. Esto fomenta que se produzca una respuesta psicofisiológica (ansiedad), que se puede manifestar a través de un incremento de la tasa cardiaca, la respiración, la sudoración, la tensión muscular, entre otros.

- Este malestar, conduce al fóbico a llevar a cabo conductas con el objetivo de salir de ese estado ansiógeno en el que se encuentra, normalmente mediante el escape o la evitación (irse de clase, no participar en debates, etc.).
- Por último, y una vez la situación fóbica ha desaparecido, la ansiedad va reduciéndose hasta volver al estado óptimo en nuestro organismo.

En cuanto al tipo de tratamiento a utilizar, Bados (2017) afirma que, aunque parece clara la necesidad de tener en cuenta las variables individuales de cada persona, la exposición a hablar en vivo parece ser una condición indispensable en cualquier tratamiento de este tipo.

Por otro lado, autores como Miguel-Tobal y Cano-Vindel (2002), Vidal, Ramos-Cejudo, y Cano-Vindel (2008), o Tron-Álvarez, Bravo-González y Vaquero-Cázares (2014), destacan la importancia de realizar un abordaje desde el punto de vista cognitivo para el éxito de la intervención. En este sentido, también se ha encontrado que las autoverbalizaciones negativas desempeñan un papel importante en el miedo a hablar en público (Rivero, García-López y Hofman, 2010), siendo necesario incluir componentes cognitivos de tratamiento para facilitar la exposición en vivo a la situación temida.

Todo esto parece concordar con lo que indican McMillan y Lee (2010), donde encontraron que la exposición en vivo resulta más eficaz cuando se utiliza para poner a prueba las cogniciones del paciente.

Siguiendo en la línea de lo que indica estos autores, las intervenciones que muestran un mayor nivel de eficacia son aquellas que combinan diversas técnicas con el objetivo de abordar dos o más de las tres modalidades de respuesta (cognitiva, motora, psicofisiológica) del miedo a hablar en público.

A lo largo de las últimas tres décadas se ha ido dejando constancia de la eficacia de este tipo de intervenciones, en el que se utilizan procedimientos tanto cognitivos como conductuales en casos de trastornos de ansiedad social (Maciá y García-López, 1995; Olivares y García-López, 2002; Ortega y Climent, 2004; Piet, Hougaard, Hecksher, y Rosenberg, 2010; Leichsenring *et al.*, 2014).

Por todo esto, para la realización de este trabajo se utilizaron instrumentos evaluación que permitieran obtener información del triple sistema de respuesta de la paciente, y posteriormente se llevó a cabo un tratamiento multicomponente (basado en el enfoque cognitivo-conductual) que abarcara las respuestas cognitivas y motoras desadaptativas presentes en la cliente.

2. Descripción de la demanda del cliente

La paciente, a la que nos referiremos como Cristina, es una mujer soltera de 25 años, sin hijos, y que reside en un domicilio familiar.

Se presta voluntaria para la realización de este trabajo de fin de máster pues afirma que lleva un tiempo pensando que, el miedo y la ansiedad que experimenta a la hora de hablar en público son excesivos. Demanda ayuda psicológica para solucionarlo.

El nivel socioeconómico al que pertenece es de clase media, y se encuentra cursando estudios universitarios.

Dice tener muy buena relación con todos los miembros de su familia, así como un cohesionado grupo de amigos, mostrando una buena red de apoyo social.

Se encuentra en buena forma física y no hay enfermedades médicas a destacar. Consume alcohol de manera moderada 1-2 veces al mes y es fumadora.

Cuando se le pide a Cristina que describa lo mejor posible lo que le sucede, relata que en aquellas circunstancias en las que tiene que hablar en público (llevar a cabo una exposición, participar en clase, hacer un brindis en una boda, etc.), comienza a experimentar un incremento de la frecuencia cardiaca y la tasa respiratoria, así como de la tensión muscular, agitación motora, y una sensación de un nudo en el estómago.

Esta activación psicofisiológica, medida a través de Unidades Subjetivas de Ansiedad (USA; Rango: 0-100), es percibida como muy intensa por la paciente (100/100), generándole pensamientos negativos del tipo “me voy a desmayar “(pese a no haber sufrido ningún desmayo nunca), “tierra trágame” o “no voy a poder ni hablar”.

La elevada activación y los pensamientos negativos, propician que realice respuestas motoras de escape (decir todo muy rápido y marcharse) y evitación (no acudir a clase, mirar hacia otro lado

cuando el profesor hace alguna pregunta, etc.) que van seguidos de un sentimiento de vergüenza y culpa.

En este sentido, Cristina, también sostiene “pasarle mal” incluso semanas antes de tener fijado algún evento en el que tiene que hablar en público, aumentando exponencialmente la ansiedad y la frecuencia de pensamientos negativos a medida que se acerca la fecha.

La sujeto es consciente de que el miedo que siente es irracional y desproporcionado, y de que le está generando malestar en su vida diaria (indica una interferencia de aproximadamente un 5/10, que puede incrementarse si tiene alguna exposición oral fijada). Además, quiere ser profesora, y teme que en un futuro este problema le genere una interferencia aún mayor.

Cuando le preguntamos por sus expectativas con respecto a la relación profesional que íbamos a establecer, indicó tener muchas esperanzas (9/10) de que la ayudara a acabar con el problema.

3. Antecedentes históricos

A nivel personal, la sujeto afirma haberse considerado siempre “una persona tímida al principio, pero abierta una vez adquiere confianza con la otra persona”. De hecho, desde la primera sesión se muestra relajada y cómoda en su rol de paciente, mostrando buenas habilidades sociales.

En este sentido, Cristina sostiene que, pese a no considerarse una gran oradora, nunca había tenido grandes problemas para hablar en público hasta hace 5 años cuando, llevando a cabo una exposición oral en clase de 2º de bachillerato, se quedó en “blanco” y comenzó a sentir “como si el corazón se saliera del pecho”, entrando en un estado ansiógeno que le dificultó llevar a cabo dicha exposición.

Desde entonces le ocurre que, siempre en contextos en los que tiene que hablar en público, teme experimentar una activación psicofisiológica excesiva, que la ansiedad la bloquee y la valoren negativamente (sobre todo en el ámbito académico).

Por otra parte, el historial de refuerzo en situaciones en las que ha tenido que hablar en público no ha sido muy positivo. Señala como importante un suceso de su infancia, cuando una profesora la rechazó para el papel de narradora en una obra de teatro diciéndole: “tú de narradora no vales, que eres tímida”.

En cuanto a la intensidad, frecuencia, y duración de la ansiedad experimentada al hablar en público, esta no ha aumentado ni disminuido en el último año, por lo que en este aspecto parece haberse estabilizado.

No refiere tener ningún otro problema de carácter psicológico, ni manifiesta una respuesta ansiógena intensa en ninguna otra situación social.

4. Hipótesis surgidas durante la evaluación

A lo largo del proceso de evaluación, surgieron las siguientes hipótesis, que fueron rechazadas o confirmadas a medida que esta avanzaba.

1) Dada la frecuente comorbilidad en pacientes con ansiedad social, se hipotetiza que la paciente presentará algún trastorno adicional al que refiere en la demanda.

2) La paciente obtendrá alta puntuación en test que evalúen la presencia ansiedad a hablar en público (autoverbalizaciones negativas, desconfianza, etc.).

3) La paciente cumplirá, como mínimo, los criterios del manual diagnóstico para fobia social con especificador a hablar en público.

5. Técnicas y procedimiento de evaluación

Una vez se le entregó y explicó la hoja de información y el consentimiento informado a la paciente (ver Anexo I), la cual firmó aceptando participar en este trabajo de fin de máster, se procedió a iniciar la fase de evaluación.

Las técnicas utilizadas constaron principalmente de entrevista semiestructurada, instrumentos psicométricos, autorregistros y criterios de manual diagnóstico. El procedimiento de evaluación, tuvo lugar durante dos sesiones de aproximadamente una hora y media de duración, y fue el siguiente:

Primera sesión

Tras llevar a cabo la presentación formal con la paciente, se le administró una batería de test a modo de cribado. El objetivo era obtener información sobre el triple sistema de respuesta (cognitivo, motor y psicofisiológico), así como indagar en la presencia o no de trastornos adicionales al relacionado con su demanda inicial.

1) *Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS)* de Frost, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990), versión adaptada al castellano de Carrasco, Belloch y Perpiá (2010).

-Objetivo: como su propio nombre indica, evalúa el nivel de perfeccionismo. Esta es una variable relevante que ha sido relacionada con trastornos psicológicos como problemas de la alimentación, fobia social, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.

-Descripción: escala autoadministrada de 35 ítem con cinco opciones de respuesta que van desde 1 (“En total desacuerdo”) hasta 5 (“Completamente de acuerdo”), donde la puntuación mínima es 35 y la máxima 175. Además de la puntuación global, cuenta con cuatro dimensiones o subescalas:

- Miedo a los errores (ítem 9,10,14,17,21,23,25,28,32,33,34)
- Influencias paternas (ítem 1,3,5,11,15,20,22,26,35)
- Expectativas de logro (ítem 4, 6, 12, 13, 16, 18, 19, 24, 30)
- Organización (ítem 2,7,8,27,29,31)

-Interpretación:

- Puntuación General: El punto de corte está establecido en 82, a partir del cual se considera que el nivel general de perfeccionismo puede ser patológico.
- Miedo a los errores: El punto de corte está establecido en 23, por lo que a partir de esta puntuación existe la posibilidad de presentar un temor excesivo a cometer errores.
- Influencias paternas: El punto de corte está establecido en 16, a partir del cual se considera la posibilidad de que exista una percepción de los padres como muy críticos o exigentes.
- Expectativas de logro: El punto de corte está establecido en 24. Una puntuación igual o superior a esta sugiere una tendencia a marcarse metas demasiado ambiciosas.
- Organización: El punto de corte está establecido en 22, por lo que dar una excesiva importancia a la organización y al orden estaría relacionado con puntuaciones iguales o mayores en esta subescala.

-Propiedades psicométricas: Como indican los propios Carrasco, Belloch y Perpiá (2010) la consistencia interna de la escala total y sus subescalas está situada entre 0,87 y 0,93.

2) *Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (GRAI)*, de Gambrill y Richey (1975) adaptada al castellano por Carrasco, Clemente, y Llavona (1984).

-Objetivo: Determinar el grado de conducta asertiva. Esta está relacionada con trastornos de ansiedad social.

-Descripción: es un inventario autoadministrado que recoge un total de 40 situaciones sociales que se agrupan en diferentes categorías (ser capaz de rechazar peticiones, ser capaz de expresar limitaciones personales, iniciar contactos sociales, ser capaz de expresar sentimientos positivos, etc.). Hay dos columnas, una a la derecha y otra a la izquierda de cada enunciado. En la columna de la izquierda el sujeto debe responder su grado de ansiedad, cuya respuesta puede oscilar entre 1 (en absoluto) y 5 (muchísimo), mientras que en la columna de la derecha debe responder la probabilidad de respuesta afirmativa ante tal enunciado, que va desde 1 (siempre lo hago) a 5 (nunca lo hago). La puntuación oscila entre 40 (mínima) y 200 (máxima) y el paciente puede señalar cuales son aquellas situaciones presentes en los enunciados que más le cuesta llevar a cabo.

-Interpretación:

Para interpretar estos resultados es importante señalar que, en la escala de malestar, puntuaciones altas indican niveles altos de malestar, mientras que, en la escala de respuesta, puntuaciones altas indicarían poca probabilidad de llevar a cabo conductas asertivas.

Según Gambrill y Richey (1975) y como indican también en castellano Castaños, Reyes, Rivera y Díaz (2011), se distinguen 4 categorías en base a las puntuaciones obtenidas.

- No asertivos. Serian aquellos sujetos con una puntuación igual o superior a 96 en la escala de malestar, e igual o por encima de 105 en probabilidad de respuesta. Estas personas tienden a manifestar una fuerte ansiedad y una baja probabilidad de respuesta en la mayor parte de las situaciones.
- Realizadores ansiosos. Serian aquellas personas con una puntuación igual o por encima de 96 en malestar, e igual o por debajo de 104 en probabilidad de respuesta. Estos sujetos suelen ser capaces de mostrar conductas asertivas, suelen presentar bastante ansiedad en el momento de la ejecución.

- Despreocupados. Integrada por sujetos con puntuación igual o por debajo de 95 en malestar y por encima de 105 en probabilidad. Se corresponde con personas que, a pesar de no tender a mostrar conductas asertivas, no manifiestan de ansiedad.
- Asertivos. Relacionada con personas que puntúan por debajo de 95 en malestar y por debajo de 104 en probabilidad. Estaría integrado por sujetos asertivos que no manifiestan ansiedad cuando ejecutan la conducta asertiva.

-Propiedades psicométricas: como indican Carrasco, Clemente, y Llavona (1989) fiabilidad test-retest de 0,87 para la escala de malestar y 0,81 para la escala de probabilidad de respuesta.

3) *Escala de Autoestima de Rosemberg (RSE)*, de Rosemberg (1965), adaptación realizada al castellano por Atienza, Moreno, y Balaguer (2000).

-Objetivo: explorar la autoestima, entendida como los sentimientos de valía y respeto personal hacia uno mismo.

-Descripción: es una escala autoadministrada que consta de 10 ítem cuyas respuestas oscilan entre 1 (muy de acuerdo) y 4 (muy en desacuerdo), siendo posible obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. La mitad de los enunciados (del ítem 1 al 5) están redactados de forma positiva, y la otra mitad (del ítem 6 al 10) de forma negativa, por lo que estos últimos tienen una puntuación inversa.

-Interpretación: En cuanto a la interpretación de las puntuaciones obtenidas tendríamos que, obtener entre 0-25 puntos indicaría problemas de autoestima, obtener entre 26 y 29 puntos sugiere un nivel de autoestima medio, y las puntuaciones de entre 30-40 indicaría una autoestima elevada o normal.

-Propiedades psicométricas: de acuerdo con Vázquez-Morejon, Jiménez y Vázquez (2004) cuenta con una consistencia interna de entre 0,76 y 0,87, y una fiabilidad de 0,72.

4. *Inventario de Ansiedad y Fobia Social-forma breve (Social Phobia and Anxiety Inventory-Brief form, SPAI-B)* de Turner, Beidel, Dancu y Stanley (1989), en la versión reducida SPAI-B de García-López, Hidalgo, Beidel, Olivares y Turner (2008).

-Objetivo: evaluar el nivel de ansiedad social en las tres dimensiones de respuesta (cognitiva, psicofisiológica y motora).

-Descripción: es un cuestionario autoadministrado con 16 ítem en formato tipo Likert que va desde 1 a 5. La puntuación final se obtiene restando 16 a la puntuación total obtenida (tras sumar el valor obtenido en cada ítem). Por lo tanto, la puntuación mínima tras realizar esta resta sería 0, y la máxima 74.

-Interpretación: el punto de corte está situado en 24, por lo que una puntuación igual o superior, sugeriría la presencia de un trastorno de ansiedad social.

-Propiedades psicométricas: de acuerdo con el estudio de Piqueras, Espinosa-Fernández, García-López, y Beidel (2012), cuenta con una consistencia interna de 0,89-0,94 así como evidencia de validez concurrente.

5. *Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (Social Interaction Anxiety Scale, SIAS)* de Mattick y Clarke (1998), adaptado al español por Olivares, García-López, Hidalgo, Beidel y Turner (2001).

-Objetivo: evaluar la ansiedad social experimentada en situaciones de interacción con otras personas.

-Descripción: escala autoadministrada de 20 ítem en formato de respuestas tipo Likert que van de 0 (“nada”) a 4 (“mucho”). Las puntuaciones totales oscilan entre 0 (puntuación mínima) y 80 (puntuación máxima), y se obtienen tras sumar las respuestas a cada ítem (el 5, el 9, y el 11 tienen puntuaciones invertidas). Suele aplicarse junto con el cuestionario *SPS*, del que hablaremos más adelante, por considerarse complementarios.

-Interpretación: a mayor puntuación, mayor nivel de ansiedad a la interacción social. Se considerándose indicador de un problema de ansiedad social a toda puntuación igual o superior a 34, que la establecida como punto de corte.

-Propiedades psicométricas: Como indican Caballo, Salazar, Irurtia, Arias y Nobre (2013), esta escala presenta una consistencia interna de 0,89 y una fiabilidad temporal de 0,81.

6. *Escala de Fobia Social (Social Phobia Scale, SPS)* de Mattick y Clarke (1998), adaptado al español por Olivares, García-López, Hidalgo, Beidel y Turner (2001).

-Objetivo: evalúa la presencia de ansiedad en situaciones sociales de observación (sentirse observado) o actuación.

-Descripción: escala autoadministrada de 20 ítem en formato de respuestas tipo Likert, que van de 0 (“nada”) a 4 (“mucho”) al igual que la escala *SIAS*. Las puntuaciones totales oscilan entre 0 (puntuación mínima) y 80 (puntuación máxima). Como se comentaba anteriormente, suele administrarse junto con *SIAS*.

-Interpretación: el punto de corte se establece en 28, puntuación a partir de la cual se considera que existe una ansiedad social excesiva en situaciones de actuación u observación.

-Propiedades psicométricas: Como indican Olivares *et al.* (2001), esta escala cuenta con una consistencia interna de 0,90.

7. *Inventario de Depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory-II, BDI- II)*, de Beck, Steer y Brown (1996), adaptado al castellano por Sanz y Vázquez (2011).

-Objetivo: evaluar los síntomas depresivos.

-Descripción: es un test autoadministrado compuesto por un total de 21 ítem con formato de respuesta Likert que oscila entre 0 y 3, cuya puntuación final oscila entre 0 (puntuación mínima) y 63 (puntuación máxima).

-Interpretación:

- Sintomatología depresiva mínima: puntuaciones entre 0 y 13.
- Sintomatología depresiva leve: puntuaciones entre 14 y 18.
- Sintomatología depresiva moderada: puntuaciones entre 19 y 27.
- Sintomatología depresiva grave: puntuaciones entre 28 y 63.
- El punto de corte es 23, puntuación a partir de la cual se relaciona con un trastorno de carácter depresivo.

-Propiedades psicométricas: destacar la investigación de Sanz y García-Vera (2013) con población española, donde el test obtiene una consistencia interna de 0,91.

8. Autorregistro ABC. Se enseñó a la paciente a rellenar un autorregistro de este tipo, que puede apreciarse en el Anexo II. Es utilizado para obtener información específica sobre las situaciones temidas por la paciente y de la puesta en marcha del triple sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor). La intensidad de la ansiedad experimentada fue medida en Unidades Subjetivas de Ansiedad (USA; Rango: 0-100).

Segunda sesión

Tras analizar los resultados obtenidos en los test de cribado, y en base a los indicios obtenidos en dicho análisis, el objetivo de esta segunda sesión era el de precisar el trastorno presente en la paciente. Para ello se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Entrevista semiestructurada de Fernández-Ballesteros (2004). Esta entrevista permite obtener información personal del paciente/cliente (hábitos conductuales, consumo de sustancias, intensidad/frecuencia/duración del problema, etc.), así como indagar en la demanda, la historia del problema, y en la presencia o ausencia de trastornos comórbidos.

2. *Escala de Confianza para Hablar en Público (Personal Report of Confidence as Speaker, PRCS)*, de Paul (1966), adaptada al castellano en una versión de 12 ítem por Bados (1992).

-Objetivo: evaluar el grado de confianza para hablar en público.

-Descripción: es un cuestionario autoadministrado de 12 ítem (6 positivos y 6 negativos), con un formato de respuesta tipo Likert que va de 1 (“completamente de acuerdo”) a 6 (“completamente en desacuerdo”), siendo 12 la puntuación mínima y 72 la máxima. Para obtener la puntuación final hay que sumar todas las respuestas en los ítems invirtiendo las obtenidas en los ítems negativos.

-Interpretación: a mayor puntuación, menor confianza para hablar en público, siendo 42 el punto de corte.

-Propiedades psicométricas: de acuerdo con los propios Méndez, Inglés e Hidalgo (2004), presenta una consistencia interna 0,84 y la fiabilidad test-retest de 0,81.

3. *Escala de Autoverbalizaciones Durante de la Situación de Hablar en Público (Self-Statements during Public Speaking Scale, SSPS)*, de Hofmann y DiBartolo (2000), adaptada al castellano por Rivero, García-López y Hofman (2010).

-Objetivo: evaluar las autoafirmaciones (positivas y negativas) así como el grado de malestar experimentado mientras se habla en público.

-Descripción: se trata de un cuestionario autoadministrado de 10 ítem, con formato de respuesta tipo Likert que van desde 0 hasta 5, donde la puntuación mínima es 0, y la máxima 50. Esta cuenta a su vez con dos subescalas, la escala de autoverbalizaciones positivas (que comprende los ítems

1,3,5,6 y 9), y la escala de autoverbalizaciones negativas (que comprende los ítems 2,4,7,8 y 10), siendo la puntuación mínima de 0, y la máxima 25 en ambas subescalas.

-Interpretación:

- Escala general: indica el nivel de autoverbalizaciones (positivas y negativas) presentes en el sujeto. A mayor puntuación, mayor grado de autoverbalizaciones incapacitantes.
- Subescala de autoverbalizaciones positivas: indica el nivel de autoverbalizaciones positivas presentes en el sujeto. A mayor puntuación, mayor cantidad de autoverbalizaciones de carácter positivo.
- Subescala de autoverbalizaciones negativas: a menor puntuación, mayor cantidad de autoverbalizaciones negativas.

-Propiedades psicométricas: De acuerdo con Rivero, García-López y Hofman (2010), cuenta con una consistencia interna de 0,86 para la subescala negativa, y de 0,69 para la subescala positiva.

4. Uso de los criterios del “*Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*” (quinta edición) o *DSM-5* (APA, 2014). Se utilizó para delimitar o diagnosticar el trastorno que presentaba la paciente.

6. Resultados de la evaluación y propuesta de intervención

6.1. Resultados de la evaluación

A continuación, se expone el análisis de los resultados obtenidos, que fueron presentados en forma de informe verbal a la paciente.

1) De acuerdo con lo evaluado por la *Escala de Perfeccionismo de Frost* la paciente alcanzó una puntuación total de 72/175, no superando el punto de corte de 82 y mostrando un nivel de perfeccionismo general dentro de los parámetros normales. Sin embargo, en la subescala de “*influencias paternas*” supera el punto de corte (16) en dos puntos (18), y un análisis cualitativo de los ítems reveló unas altas expectativas académicas por parte de los padres.

Se decidió explorar la presencia de una alta emoción expresada en el entorno familiar a través de la entrevista semiestructurada, no encontrando indicios que corroboraran dicho problema. Así pues, se confirma que la de ansiedad social que experimenta la paciente no se debe a un alto nivel de emoción expresada.

2) En la *Escala de Autoestima de Rosenberg* se obtuvo una puntuación total de 34/40, mostrando una autoestima elevada. Esto, sumado a la baja puntuación obtenida en el *Inventario de Depresión de Beck-II*, de 7/63, se descarta la presencia de problemas de autoconcepto y trastornos del estado del ánimo.

3) El *Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey* refleja una puntuación total de la paciente de 89/200 en la escala de respuesta, mientras que en la escala de malestar obtuvo 100/200. Estos resultados indican que la paciente presenta el patrón de asertividad propio de los “realizadores ansiosos”, que son aquellos que a pesar de ser capaces de llevar a cabo conductas asertivas (cuanto menor puntuación mayor asertividad) estas le producen cierto nivel de malestar (a mayor puntuación mayor malestar).

Por su parte, resulta revelador el análisis cualitativo de los ítems, donde la paciente señala que le gustaría mejorar en situaciones que implican hablar o confrontar en público (“Solicitar atención debida en un restaurante”, “Decirle a alguien que se calle cuando dice en público algo que le molesta”), lo que viene a corroborar la presencia del miedo a hablar en público que refiere en su demanda inicial.

3) En consonancia con esto último, en el *SPAI-B* obtuvo una puntuación total 36/80 (siendo el punto de corte 24), lo que sugiere la presencia de un trastorno de ansiedad de tipo social. A la hora de analizar cualitativamente los ítems, se puede observar que aquellas situaciones que más ansiedad generan a la paciente son aquellas en las que tiene que actuar/hablar en situaciones sociales (llevar a cabo una exposición, participar en un debate, expresar su opinión en público, etc.). Destacar que las conductas de evitación en situaciones sociales, así como las respuestas fisiológicas y los pensamientos negativos, no se dan en la mayoría de situaciones sociales que abarca el test, sino sólo en aquellas en las que tiene que hablar en público.

4) En *SIAS* obtuvo una puntuación total de 30/80, donde, aunque no presenta una puntuación excesivamente alta, un análisis cualitativo de los ítems revela puntuaciones altas en aquellas situaciones en las que para interactuar con otras personas la atención se centra en lo que la paciente puede decir (miedo a decir algo embarazoso, etc.), y no tanto en interactuar de forma natural (baja puntuación ansiógena al establecer contacto visual, quedarse a solas con alguien, relacionarse con personas del trabajo o desconocidos, etc.), descartándose la presencia de una ansiedad excesiva en situaciones de interacción social.

5) Finalmente, en el SPS se obtuvo una puntuación total 21/80, donde, al igual que ocurre en el SIAS, la paciente no presenta una puntuación significativa en este instrumento. El análisis cualitativo de los ítems, también refleja una puntuación alta en aquellas situaciones en las que tiene que hablar ante otras personas ("De pronto me doy cuenta de mi propia voz y de que los demás están escuchándome", "Me preocupa que me tiemble la voz o las manos cuando los demás me observan", "Me pongo tenso cuando hablo delante de la gente").

6) En esta misma línea fue la información obtenida a través de la entrevista y los autorregistros, donde se apreció que el miedo y la ansiedad desproporcionados estaban restringidos a situaciones en las que debía hablar en público, y no así en otras situaciones de índole social.

7) Desde el punto de vista topográfico, en el análisis de los autorregistros pudo observarse una alta intensidad de la respuesta ansiógena ante la posibilidad de tener que intervenir en público (100/100 USA), así como una alta frecuencia de respuestas de evitación y escape (no acudir a una tutoría grupal para no hablar en público, no participar en clase, etc.), y una duración excesiva del miedo o ansiedad experimentados (incluso minutos después de desaparecer la situación fóbica). El principal factor modulador de todas estas situaciones, parece ser la cantidad de gente ante a la que hablar en público (aunque también influyen el nivel de confianza en los oyentes, el grado de preparación de la exposición, la repercusión en su nota académica, etc.), de tal modo que, conforme aumenta el número de personas, mayor es la respuesta ansiógena.

Esto, sumado al análisis de los resultados en los instrumentos de cribado, permitió descartar la primera hipótesis formulada acerca de la presencia de trastornos comórbidos, pues no se aprecian indicios de problemas tales como bullying (buena relación con compañeros de clase), trastornos del estado de ánimo, trastorno de personalidad evitativa, ansiedad generalizada, consumo de sustancias, trastorno dismórfico corporal, trastorno de pánico (con y sin agorafobia), y fobia social generalizada (no presenta ansiedad excesiva en situaciones de interacción social u observación).

8) Dada la evidencia de la presencia de miedo a hablar en público en Cristina, decidieron aplicarse dos cuestionarios que evaluaran la presencia de fobia social específica a hablar en público. De este modo se aplicaron la *Escala de Confianza para Hablar en Público de Paul*, donde obtuvo una puntuación de 65/72 (a más puntuación, menor confianza), y la *Escala de Autoverbalizaciones durante la Situación de Hablar en Público*, donde obtuvo una puntuación de 18/25 en la subescala de autoverbalizaciones negativas, y 11/25 en la escala de autoverbalizaciones positivas.

Se confirma entonces la segunda hipótesis planteada, ya que Cristina ha obtenido altas puntuaciones en test que evalúan la presencia de una ansiedad excesiva ante la situación de hablar en público.

Por último, también podemos afirmar que se cumple la tercera hipótesis, pues la paciente cumple con todos los criterios diagnósticos del *DSM-5* (APA, 2014) para la fobia social, con especificador a hablar en público, y cuyo código es 300.23 (F41.10):

- A. Miedo o ansiedad intensa en situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen de otras personas, como por ejemplo actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).
- B. Miedo a actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (sentirse humillado, rechazado, etc.)
- C. Estas situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- D. Estas situaciones sociales se evitan, o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados con respecto a la amenaza real planteada por la situación social y su contexto sociocultural.
- F. Este miedo, ansiedad o evitación son persistentes, es decir, con una duración de seis meses o más.
- G. Existe un deterioro o malestar clínicamente significativo en algún área de su vida como consecuencia del miedo, ansiedad o la evitación.
- H. Este problema no puede atribuirse a los efectos de consumo de sustancias o afecciones médicas.
- I. El miedo, ansiedad o la evitación, no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental.
- J. Si existe alguna afección médica, el miedo, ansiedad o evitación no está relacionada con esta, o es excesiva.

Una vez se concluyó la fase de evaluación, y siendo este el único trastorno a abordar durante el tratamiento, se procedió a realizar un funcional del caso.

Análisis funcional

En base a la información obtenida hasta ahora, se plantea una explicación sobre los antecedentes, las respuestas y los consecuentes que se cree que contribuyen a la génesis, desarrollo, y mantenimiento del trastorno.

En los antecedentes del problema se encontrarían variables como la timidez que refiere la paciente, el perfeccionismo paterno, el patrón de conducta asertiva ansiosa, y un historial de refuerzo limitado en situaciones de habla en público.

Todo esto influye en el origen y desarrollo del problema, donde se hipotetiza que, a raíz de una experiencia negativa de carácter ansiógeno mientras llevaba a cabo una exposición oral (se quedó en blanco y comenzó a experimentar una elevada activación fisiológica), se produjo en ella una asociación entre la situación “hablar en público” (que tiene un carácter neutro) y la respuesta de ansiedad (estímulo aversivo), dando lugar a un intenso temor a hablar en público.

Esta ansiedad o miedo intenso, que se ve agravado por las autoverbalizaciones o pensamientos negativos distorsionados (“si vuelvo a hablar me va a dar un infarto”, “seguro que no puedo ni hablar”, etc.), el temor a la evaluación negativa, y un foco atencional predominantemente interno (especialmente centrado en el ritmo cardiaco y a la respiración), solo desaparece cuando se llevan a cabo respuestas de escape o evitación (refuerzo negativo). Estas últimas a su vez le generan un sentimiento de culpa, rabia, y vergüenza por no poder afrontar de manera adaptativa estas situaciones.

De este modo, se refuerzan tanto las creencias erróneas, como la asociación entre la situación temida y las expectativas negativas, aumentando la probabilidad de que siga manifestando respuestas ansiógenas.

Se establece así un círculo relacional entre las diferentes variables que se retroalimenta (ver figura 1), haciendo que el problema persista a lo largo del tiempo.

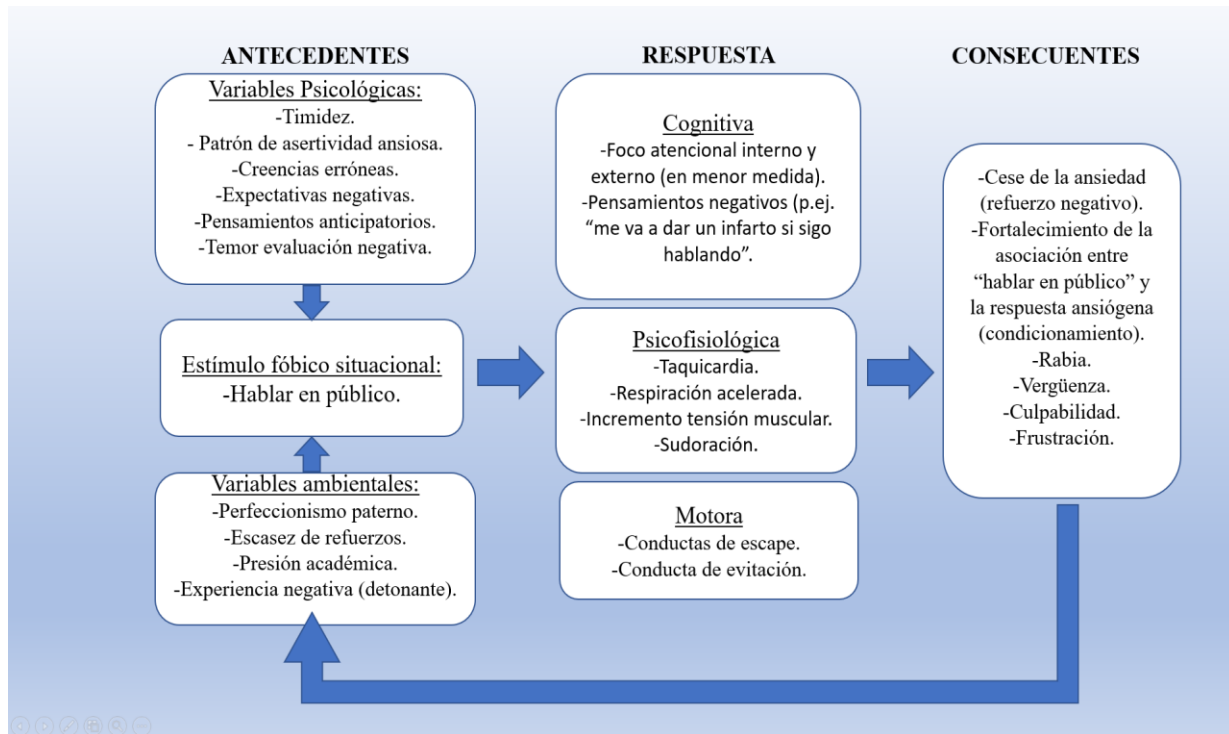


Figura 1. *Análisis funcional del caso.*

Estos resultados fueron presentados a la paciente mediante un informe oral, donde además se resolvieron todas las dudas planteadas.

6.2. Propuesta de intervención

Una vez analizados y presentados los resultados, se procedió a explicar a la cliente la intervención que se pretendía llevar a cabo. Esta propuesta consistió fundamentalmente en un abordaje integral (en los tres niveles de respuesta) de la fobia a hablar en público mediante un tratamiento multicomponente de corte cognitivo-conductual. Las principales técnicas utilizadas fueron: entrenamiento en respiración, identificación de pensamientos, entrenamiento en autoinstrucciones, y exposición gradual en vivo.

Este tratamiento fue diseñado de acuerdo con las hipótesis de intervención planteadas:

- En primer lugar, dado el alto nivel de ansiedad experimentado por la paciente, se espera que al dotarla de herramientas de control y afrontamiento de la ansiedad (entrenamiento en respiración y autoinstrucciones) y reducir los pensamientos y autoverbalizaciones negativas (identificación de pensamientos), perciba un mayor control sobre la situación, favoreciendo

su adherencia al tratamiento y su motivación para enfrentarse con éxito a la situación temida (sin manifestar respuestas de escape o evitación).

- En segundo lugar, impidiendo las respuestas de escape y evitación de la paciente, se espera que se produzca una habituación ante la situación fóbica, reduciéndose paulatinamente el malestar experimentado hasta niveles adaptativos. Esto también contribuirá a que deje de producirse el refuerzo negativo de las respuestas de escape y evitación, provocando su extinción.
- También es esperable que a medida que la paciente consiga enfrentarse con éxito de manera gradual y repetida a la situación fóbica, y no reciba estimulación aversiva por parte de esta (darle un infarto, desmayarse, etc.), se debilitará la asociación existente entre hablar en público y las creencias/expectativas negativas (“me voy a morir”). Por el contrario, se espera que esta situación vaya asociándose a consecuencias agradables a medida que se produzca el refuerzo positivo de las respuestas de afrontamiento, tanto a nivel intrínseco (sintiendo alegría y orgullo al enfrentarse con éxito a la situación) como extrínseco (recibiendo los elogios del terapeuta).
- Finalmente, al reducir la frecuencia, intensidad, y la duración de las respuestas de ansiedad en dicha situación, se cree que la paciente dejará de cumplir los criterios diagnósticos para fobia social específica a hablar en público de acuerdo con el *DSM-5* (APA, 2014).

7. Intervención.

7.1. Objetivos y secuenciación.

Ya establecidas las hipótesis de intervención, se acordaron junto con la paciente los objetivos del tratamiento. A nivel general, el objetivo principal del tratamiento era sustituir las respuestas desadaptativas a la hora de hablar en público puestas de manifiesto en el análisis funcional, por otras que permitieran afrontar con éxito la situación temida. De manera más específica se plantearon los siguientes objetivos terapéuticos:

- Que la paciente conozca y comprenda el trastorno, así como los factores que intervienen en este.
- Que la paciente sea capaz de utilizar de herramientas para manejar la ansiedad.

- Reducir y sustituir los pensamientos o autoverbalizaciones negativas por otros más adaptativos.
- Que la paciente sea capaz de poner en práctica técnicas de afrontamiento de la ansiedad.
- Que la paciente hable en público sin manifestar respuestas de ansiedad desproporcionadas.

El orden o secuencia general de los contenidos de las sesiones llevadas a cabo fue el siguiente:

- 1) Psicoeducación.
- 2) Entrenamiento en respiración.
- 3) Identificación de pensamientos.
- 4) Entrenamiento en autoinstrucciones.
- 5) Exposición gradual en vivo.

La duración total de la intervención fue de dos meses y medio, y el cronograma del proceso puede observarse en la figura 2.

Fase	Sesión	Fecha
<i>Evaluación pre-intervención</i>	1	13-03-2018
<i>Evaluación pre-intervención</i>	2	9-04-2018
<i>Tratamiento</i>	3	18-04-2018
<i>Tratamiento</i>	4	30-04-2018
<i>Tratamiento</i>	5	04-05-2018
<i>Tratamiento</i>	6	10-05-2018
<i>Tratamiento</i>	7	11-05-2018
<i>Tratamiento</i>	8	14-05-2018
<i>Tratamiento</i>	9	18-05-2018
<i>Evaluación post-intervención</i>	10	25-05-2018

Figura 2. Cronograma de la intervención.

7.2. Programa de intervención

Se empleó un diseño de caso único (N=1) con una evaluación pre y post-intervención. Con carácter general, las sesiones tuvieron una duración aproximada de una hora y media, salvo aquellas en las que se exponía a la paciente a algún ítem de la jerarquía de exposición en vivo, que variaron en función de la tasa de habituación a la situación fóbica. En cuanto al lugar donde se llevaron a cabo las sesiones, todas tuvieron lugar en casa de la paciente, excepto las que comprendían la exposición en vivo a la jerarquía, que tuvieron lugar en aulas de la Universidad de Murcia.

Señalar también que, aunque en los contenidos de las sesiones no se señale de manera específica la presencia de psicoeducación, esta estuvo presente en mayor o menor grado en todas las sesiones llevadas a cabo.

Una vez terminadas las sesiones de evaluación pre-tratamiento descritas en apartados anteriores, el resto del programa contó con 7 sesiones de tratamiento y una sesión de post-evaluación. Se desarrollaron como aparece detallado a continuación:

Sesión 1

- Contenidos de la sesión:

Presentación de los resultados, propuesta de intervención, psicoeducación.

- Descripción de la sesión:

1) En primer lugar, le fueron devueltos a la paciente los resultados de la evaluación realizada. Acto seguido se le indicó cuáles eran las hipótesis de intervención planteadas, y se elaboraron de forma conjunta los objetivos del tratamiento. Una vez hecho esto, se le explicó la propuesta de intervención (estructura de las sesiones y técnicas a utilizar, entre otros aspectos) para cumplir con los objetivos establecidos. La sujeto se mostró conforme, aceptando dicha propuesta.

2) El resto de la sesión se dedicó exclusivamente proporcionar información a la cliente sobre el trastorno que presentaba (fobia social a hablar en público). En este sentido, Cristina pudo aprender tanto acerca de la ansiedad (naturaleza, función, ...), así como de la relación entre variables (puesta de manifiesto en el análisis funcional) que contribuían a la génesis, desarrollo y mantenimiento de su problema.

3) Una vez afirmó haber resuelto sus dudas y haber comprendido todo, se le pidió como tarea para casa que siguiera complementando el autorregistro que le fue proporcionado durante la evaluación.

- Fecha: 18-04-2018.
- Duración aproximada: Una hora y media.

Sesión 2

- Contenidos de la sesión:

Revisión de los autorregistros, psicoeducación, entrenamiento en respiración, identificación de pensamientos.

- Descripción de la sesión:

1) Se revisaron los autorregistros, donde seguían quedando patentes las conductas de evitación llevadas a cabo por la paciente (no acudió a una tutoría grupal para no tener que hablar en público delante de sus compañeros).

Por otro lado, se discutieron los principales pensamientos negativos o distorsionados que la paciente había señalado en los autorregistros, y se le explicó la importancia que tienen estos a la hora de generar una respuesta de ansiedad.

En este sentido se instruyó a la paciente en la identificación de las principales distorsiones cognitivas (ver Anexo III), de acuerdo con la clasificación que aparece en Olivares, Maciá, Rosa, y Olivares-Olivares (2013, pp. 223), y fuimos planteando de forma conjunta pensamientos alternativos que resultarían más adaptativos.

2) Posteriormente, se le explicó el papel que tiene la respiración en la regulación de la activación psicofisiológica, y se puso en marcha el entrenamiento en respiración. El procedimiento llevado a cabo fue el descrito por Olivares *et al.* (2013, pps. 73-74), que consta de tres fases:

a) Fase de inspiración: primero se le enseña a realizar una respiración abdominal, luego abdominal y ventral, y finalmente abdominal, ventral y costal.

b) Fase de espiración: realizar espiraciones fluidas (con la boca entrecerrada, a un ritmo adecuado, etc.)

c) Fase de generalización: incorporar este hábito a las situaciones de la vida cotidiana.

También se le enseñó a rellenar un autorregistro sobre la respiración para valorar el grado de generalización y eficacia de la técnica en su vida cotidiana (ver Anexo IV).

3) Así pues, se le pidió a la paciente que, de cara a la siguiente sesión, además de practicar durante al menos 15 minutos diarios y cumplimentar los autorregistros sobre la respiración, continuara ejercitando la identificación de distorsiones cognitivas que le iban surgiendo (y planteando sus alternativas positivas).

- Fecha: 30-04-2018.
- Duración aproximada: Dos horas.

Sesión 3

- Contenidos de la sesión:

Revisión de los autorregistros, identificación de pensamientos, entrenamiento en autoinstrucciones.

- Descripción de la sesión:

1) En primer lugar, se revisaron los autorregistros de la respiración, y se comprobó que la paciente había sido capaz de ponerla en práctica de manera efectiva (en cualquier postura y contexto obtenía una reducción sustancial al poner en práctica la técnica en respiración).

De igual modo, se revisaron los autorregistros relacionados con los pensamientos distorsionados y la clasificación que había realizado la paciente. Si bien la mayoría de pensamientos distorsionados anotados habían sido bien clasificados por la paciente, hubo algunos que no lo estaban, por lo que fue necesario volver a explicar cada tipo de distorsión cognitiva para que pudiera identificarlos correctamente. A continuación, se abordaron los pensamientos alternativos que la propia paciente había generado, y se comprobó que fueran realistas y adaptativos para que los aceptara y sustituyera por los antiguos. En este sentido se intentó que el tono de los pensamientos alternativos fuera positivo, ya que en ocasiones los que proponía la paciente eran un tanto pesimistas. Por ejemplo, el pensamiento alternativo a “seguro que el día de la exposición me da algo y me muero” generado por la paciente fue “al menos de momento no tengo una enfermedad terminal”. Se le instó a que intentara replantearlo de forma más optimista y realista, siendo el resultado final positivo: “seguro que no me ocurre nada durante la exposición, ya que soy joven y tengo buena salud física”.

2) Por otra parte, se comenzó el entrenamiento en autoinstrucciones, tal y como se detalla (una vez más) en Olivares, Maciá, Rosa, y Olivares-Olivares (2013, pps. 232-234). Son una serie de autoverbalizaciones sencillas que se repiten hasta introducirlas en nuestro repertorio cognitivo. El procedimiento consta de las siguientes fases a seguir ante situaciones ansiógenas: (a) preparación

ante la situación, (b) confrontación real de la situación, (c) afrontamiento de la activación durante la situación estresante, y (d) análisis y valoración de los esfuerzos realizados.

Ya explicadas y entendidas cada una de las fases, pasamos a generar de manera conjunta una lista de autoverbalizaciones positivas para usarlas en cada una de las fases de la situación ansiógena, con el objetivo de que la paciente fuera adquiriéndolas como habituales.

3) Una vez fueron afianzándose estas autoverbalizaciones, se le pidió que llevara a cabo una serie de tareas para casa que consistían en practicar las técnicas psicológicas aprendidas, exponerse a la situación fóbica en la medida de lo posible, y seguir tomando anotaciones en los autorregistros.

- Fecha: 04-05-2018.
- Duración aproximada: Una hora y quince minutos.

Sesión 4

- Contenidos de la sesión:

Revisión de los autorregistros, elaboración de la jerarquía, psicoeducación.

- Descripción de la sesión:

1) Se comprobaron los autorregistros, donde la identificación de pensamientos y la técnica en respiración mostraron un buen grado de generalización a su vida cotidiana (utilizaba de manera efectiva la respiración e identificaba y generaba pensamientos alternativos adaptativos a los pensamientos distorsionados que surgían). La paciente también se mostró muy motivada, pues los días posteriores a nuestra última sesión había sido capaz de reducir la ansiedad inicial (20 USA) mientras practicaba (sola en casa) una exposición, mediante las autoinstrucciones y la técnica en respiración. Viendo que las herramientas adquiridas por la paciente le eran útiles y efectivas, se comenzó a elaborar la jerarquía de exposición en vivo.

2) Antes de comentar cómo se realizó dicha jerarquía de exposición, recordar que, de acuerdo con la fase de evaluación, los principales factores que parecían modular la ansiedad en Cristina eran, principalmente, el número de personas al que dirigirse en público (cuantas más personas, mayor ansiedad), y el grado de relación o confianza con los oyentes (pareja, familiares, amigos, conocidos o desconocidos), donde a mayor confianza, menor ansiedad. Por lo tanto, la construcción de la

jerarquía se llevó a cabo en torno a estas dos dimensiones, y se siguió el procedimiento señalado en Olivares, Maciá, Rosa, y Olivares-Olivares (2013, pps. 99-101).

En este sentido, se le explicó a la paciente que debíamos construir, de manera conjunta, un listado de situaciones ansiógenas en las que tuviera que hablar en público, para después asignar un valor usando la misma escala que había aprendido a usar durante el autorregistro (USA; 0-100).

Se comenzó proporcionándole unas tarjetas donde fue apuntando, una a una, las situaciones que se le fueran ocurriendo. Como al principio parecía costarle un poco, se le pidió que evocara en primer lugar la situación que más ansiedad le generaba, luego la que menos, y finalmente se fueron rellenando las tarjetas con situaciones intermedias cuya intensidad estaba comprendida entre estas dos.

Una vez se consiguieron 20 tarjetas con sus respectivas situaciones y el nivel de ansiedad generado en el reverso, se barajaron y se le pidió que volviera a apuntar los USA que le evocaba cada escena (sin ver la puntuación anterior que les había dado) para precisar el nivel de activación de cada una, y evitar así un sesgo por respuestas aleatorias.

Ya asignados estos valores, que oscilaban entre puntuaciones bajas (5-40), intermedias (45-70) y puntuaciones altas (75-100 USA), se hizo una selección de ítems de modo que hubiera 2 situaciones del primer tipo de puntuación, 3 situaciones de las intermedias, y 4 del nivel más alto. La lista final fue la que puede observarse en la figura 3.

Situación	Nivel de ansiedad en USA (Unidades Subjetivas de Ansiedad, 0-100)
1. Practicar sola en casa una exposición.	20
2. Llevar a cabo una exposición en presencia de mi pareja.	40
3. Llevar a cabo una exposición en presencia de una amiga.	55
4. Llevar a cabo una exposición en presencia de un conocido.	65
5. Llevar a cabo una exposición en presencia de delante de pocos amigos (3-4 personas)	75
6. Llevar a cabo una exposición en presencia de muchos de sus amigos (6 o más personas)	80
7. Llevar a cabo una exposición en presencia de delante de pocos desconocidos (3-4 personas)	90
8. Hablar en público delante de muchos desconocidos (6 o más personas).	95
9. Llevar a cabo una exposición delante de toda la clase (en torno a 20-30 personas donde hay amigos, conocidos y desconocidos)	100

Figura 3. *Jerarquía de exposición en vivo.*

Como puede observarse, a medida que avanzamos en la jerarquía, la diferencia de puntuación en USA entre un ítem y el siguiente se reduce. Por ejemplo, hay una diferencia de 20 puntos de USA entre el primer ítem (20) y el segundo (40), mientras que la diferencia entre el octavo (95) y el noveno (100) es de tan solo 5 puntos. Esto se hizo para que conforme fuera aumentando la dificultad de los ítems, prevenir que la sujeto percibiera cambios bruscos en la ansiedad experimentada que pudieran abrumarla y llevarla a abandonar el tratamiento.

A continuación, se le informó de que una vez comenzara la exposición a cada ítem de la jerarquía, no podría emitir respuestas de evitación o escape (para considerar que el afrontamiento había sido

exitoso), ya fueran respuestas motoras o cognitivas, y que si lo hacía tendría que volver a exponerse tan pronto como fuera posible. En este sentido, debía permanecer afrontando la situación hasta que el nivel de ansiedad experimentado en el triple sistema de respuesta (cognitivo, psicofisiológico y motor) fuera inferior a 2/3 del valor más alto, o hubiera desaparecido por completo.

Después se le recordó que el malestar (ansiedad) percibido durante la exposición es transitorio y no iba a conllevar nunca consecuencias negativas para su salud física (como por ejemplo infartos), y que con las herramientas psicológicas adquiridas sería más fácil controlar la activación fisiológica.

También se le avisó de que el progreso no es siempre lineal, sino que pueden surgir recaídas o situaciones a las que les cueste más habituarse, y que siempre estábamos a tiempo de modificar la jerarquía y hacerla más gradual si así lo creía conveniente.

3) Finalmente, se le preguntó a la paciente por qué ítem quería comenzar la exposición y, dada la alta motivación que poseía (por reducir su ansiedad mientras practicaba sola la exposición en casa), sumado a que a finales de mes debía realizar una exposición ante toda la clase, se decidió comenzar por el ítem número 4 (realizar una exposición delante de un conocido), que le generaba una ansiedad de 65 USA.

Como la paciente me consideraba un conocido (y por tanto la idea de exponer ante mi presencia le inducía el nivel de ansiedad indicado en el ítem), se estableció que yo haría el papel de oyente durante la exposición. Esto también me permitiría valorar las habilidades de la paciente para hablar en público, y proporcionar algún tipo de entrenamiento si fuera necesario (hasta este momento Cristina había mostrado buenas dotes sociales y comunicativas).

4) Dado que ambos teníamos disponibilidad al día siguiente, se fijó esa fecha para llevar a cabo la exposición al ítem. Como tarea para casa se le pidió que (además de practicar la respiración y las autoinstrucciones) continuara preparándose la presentación que tenía que llevar a cabo a final de mes ante toda la clase. Dicha presentación nos serviría para abordar los ítems de la jerarquía, por lo que debía traerla junto con su portátil a las sesiones de exposición en vivo.

- Fecha: 10-05-2018.
- Duración aproximada: Una hora y media.

Sesión 5

- Contenidos de la sesión:

Repaso de las herramientas aprendidas, exposición en vivo (ítem 4).

- Descripción de la sesión:

1) Se hizo una revisión de los pensamientos negativos que había tenido mientras preparaba la exposición para hoy, donde la paciente refirió que llegó a pensar cosas como “a ver si me sale mal la exposición, y resulta que no tengo arreglo y voy a estar así para siempre”, pero que luego, tras catalogar el pensamiento como una distorsión cognitiva (magnificación), planteó un pensamiento alternativo “si me esfuerzo, podré solucionar mi problema”, y le ayudó a calmarse. Acto seguido se repasó la técnica en respiración y las autoinstrucciones, con resultado satisfactorio.

2) A continuación se le recordaron a la paciente las condiciones para llevar a cabo una exposición exitosa (visto en la sesión anterior), y se procedió a poner en marcha la situación del cuarto ítem de la jerarquía (“realizar una exposición delante de un conocido”).

Al principio la paciente se mostró bastante nerviosa, mostrando sudoración, temblor en las manos, y hablando más rápido y con un acento de voz diferente al que usa normalmente (haciendo demasiado énfasis en pronunciar todas las letras “s”), pero a medida que fue transcurriendo el tiempo y fue utilizando las herramientas psicológicas que había aprendido, comenzó a mostrarse más tranquila. La presentación terminó a los 12 minutos, refiriendo Cristina una ansiedad de 30 USA.

Una vez terminó de exponer, se reforzó positivamente el comportamiento de la paciente. En cuanto a las habilidades para hablar en público, no se encontraron problemas a la hora de comunicarse, pero decidió dársele retroalimentación para que mejorara en algunos aspectos:

a) Para el temblor que experimentaba en las manos, se le sugirió que utilizar un boli o un lápiz podría ayudarle.

b) Se le hizo ver que cuando hablaba parecía tener mucha prisa por terminar la exposición y utilizaba un acento diferente al que usa normalmente. Se le explicó que destinar recursos atencionales a usar determinado acento (más refinado) y hablar más rápido, podía influir aumentando el nivel de ansiedad que experimentaba.

c) Dadas estas dos consignas, modelé la exposición, explicándole cómo actuar con el lápiz en la mano, y haciendo pausas a la hora de hablar para mostrarle una velocidad adecuada.

A continuación, se volvió a hacer hincapié en que lo había hecho muy bien y se le invitó a llevar a cabo de nuevo la exposición.

En esta ocasión, la paciente usó el bolígrafo, disminuyendo considerablemente desde el principio su gestualidad con las manos. También habló de forma más natural y pausada, mirando en todo momento al oyente y sin mostrar conductas de escape o evitación.

A los 5 minutos de comenzar esta nueva exposición ya refería una ansiedad de 0-5, pero se le instó a terminar la presentación para que terminara de habituarse del todo. Una vez hubo superado con éxito el ítem se le pidió que anotara su experiencia en los autorregistros (nivel de ansiedad en cada momento de la exposición, uso de las herramientas psicológicas, etc.).

3) Al final de la sesión, y ya superado el ítem, se volvió a reforzar a la paciente por haber afrontado con éxito la situación y se concertó una cita para los siguientes ítems de la jerarquía. Como tarea para casa se le pidió que continuara preparándose la misma presentación, que siguiera exponiéndose (en la medida de lo posible) a la situación temida y que rellenara los autorregistros.

- Fecha: 11-05-2018
- Duración aproximada: dos horas.

Sesión 6

Contenidos de la sesión:

Repaso de las herramientas aprendidas, exposición en vivo (ítems 5 y 6).

Descripción de la sesión:

1) El procedimiento a seguir fue el mismo que en la sesión anterior; primero se comprobaron los autorregistros y se revisaron las técnicas de manejo/afrontamiento de la ansiedad, y finalmente se llevó a cabo una exposición en vivo a la situación temida (hablar en público).

2) A diferencia de la primera sesión de exposición en vivo, donde sólo se abordó un ítem de la jerarquía, las circunstancias (tasa de habituación, motivación de la paciente, características comunes en ambos ítem) permitieron superar en una misma sesión los dos ítems siguientes, el

quinto (“llevar a cabo una exposición en presencia de hasta 4 amigos”) y el sexto (“llevar a cabo una exposición delante de 6 o más amigos”).

En primer lugar, se les pidió a los 9 amigos de la paciente que pudieron acudir, que entraran en sala, donde se les informó debidamente del procedimiento que íbamos a llevar a cabo (esto también sirvió para modelar la respuesta de afrontamiento ante la paciente). A continuación, dado que en el ítem que se abordó en primer lugar el máximo de personas era de 4, se les pidió a 5 de ellos que permanecieran fuera de la sala hasta que se les avisara.

Una vez la ansiedad de la paciente en los tres niveles de respuesta fue cercana a 0, se descansaron 10 minutos, y se pasó al siguiente ítem de la jerarquía. En este caso, la tasa de habituación a la situación (realizar la exposición delante de 9 amigos) fue todavía más rápida, resultando un éxito para la sujeto. Se hicieron las anotaciones pertinentes en los autorregistros y se dieron por superados ambos ítem.

Se concertó la siguiente cita, y al igual que la sesión anterior, se le pidió que continuara preparándose la presentación, que siguiera exponiéndose a la situación temida y que rellenara los autorregistros.

- Fecha: 14-05-2018
- Duración aproximada: Una hora y veinte minutos.

Sesión 7

- Contenidos de la sesión:

Repaso de las herramientas aprendidas, exposición en vivo (ítems 7 y 8).

- Descripción de la sesión:

1) El procedimiento a seguir fue el mismo que en anteriores sesiones de exposición en vivo. Antes de comenzar se comprobaron los autorregistros y se revisaron las técnicas de manejo/afrontamiento de la ansiedad, y a continuación se informó a los participantes del procedimiento a seguir.

2) Al igual que en la sesión anterior, las características personales de Cristina (motivación, buena tasa de habituación, etc.) así como los puntos en común de los ítems 7 (“llevar a cabo una presentación delante de hasta 4 desconocidos”) y 8 (“llevar a cabo una presentación delante de 6 o más desconocidos”), permitieron superar en una misma sesión ambas situaciones de la jerarquía.

Igual que se hiciera en los ítems 5 y 6, se les pidió a todas las personas que se prestaron voluntarias (un total de 11 y que eran desconocidos para la sujeto) que entraran en sala, donde se les informó debidamente por mi parte del procedimiento que íbamos a llevar a cabo (sirviendo una vez más como modelo para la paciente). A continuación, dado que en el ítem que se abordó el máximo de personas era de 4, se le pidió al resto que permanecieran fuera de la sala hasta que se les avisara.

Tras una breve dificultad inicial donde la paciente se mostró algo nerviosa, se sobrepuso y pudo llevar a cabo la exposición. Una vez la ansiedad de la paciente en los tres niveles de respuesta fue aproximadamente nula, se la reforzó, y llevamos a cabo un breve descanso.

Acto seguido se pidió al resto de voluntarios que entraran en la sala y se dio pasó al siguiente ítem de la jerarquía, donde realizó la presentación delante de 11 desconocidos. Mencionar que pese que la puntuación dada a este ítem era de 95, la paciente llegó a referir en algún momento un nivel de USA de 100 (especialmente al principio de la exposición), pero se decidió continuar hasta que lograra controlar la activación con las técnicas que había adquirido.

Por lo tanto, dado que la tasa de habituación fue algo más lenta que en ítem anterior, se necesitó llevar a cabo la presentación de nuevo para que consiguiera habituarse del todo. Finalmente, la paciente consiguió reducir considerablemente su activación, dándose por superado el ítem.

Tras reforzar una vez más las conductas de afrontamiento (también se les pidió opinión a los voluntarios acerca de cómo lo había hecho la paciente, siendo todas las respuestas gratificantes para ella), se hicieron las anotaciones pertinentes en los autorregistros y se dieron por superados ambos ítem.

3) Finalmente, decidimos establecer la próxima cita el mismo día en que debía exponerse al último ítem de la jerarquía por sí misma (“realizar una presentación delante de toda la clase”), que tenía previsto realizar el día 25 de marzo. Como tareas para casa, se le indicó que siguiera practicando las técnicas aprendidas tal como había hecho hasta ahora, así como que se expusiera todo lo posible a las situaciones temidas (hablar en las tutorías, participar en clase, salir a la pizarra, etc.) con el fin de ir generalizando los resultados, e ir realizando las anotaciones pertinentes en los autorregistros.

- Fecha: 18/05/2018
- Duración aproximada: una hora y cuarenta y cinco minutos.

Sesión 8

- Contenidos de la sesión:

Revisión de la exposición en vivo, evaluación post-tratamiento.

- Descripción de la sesión:

1) Como se ha mencionado anteriormente, esta sesión tuvo lugar una hora después de que la paciente hubiera finalizado la presentación delante del profesor y sus compañeros de clase (que era la última situación planteada en la jerarquía).

2) Se comenzó revisando los autorregistros, y se comprobó que la paciente había ido exponiéndose a la situación temida con éxito, no manifestando respuestas de escape o evitación. Además, el nivel de ansiedad referido en estas situaciones era bastante menor al de antes del tratamiento. En cuanto a la exposición en vivo al último ítem de la jerarquía, la paciente se mostró muy contenta, pues, aunque había experimentado la ansiedad y preocupación propias de tener que realizar una presentación en público ante toda la clase, pudo llevarla a cabo sin trabarse ni bloquearse, afirmando que incluso llegó a disfrutar con el final de la presentación.

3) Una vez finalizada la fase de tratamiento, se decidió llevar a cabo una evaluación post-tratamiento, la cual se explica detalladamente en el siguiente apartado. Por último, se fijó una fecha para la primera sesión de la fase de seguimiento, se animó a la paciente a que siguiera entrenando en las técnicas psicológicas que había adquirido (identificación de pensamientos distorsionados, respiración, autoinstrucciones), y se le pidió que siguiera exponiéndose a todas las situaciones en las que tuviera que hablar o actuar en público para generalizar y consolidar los resultados.

- Fecha: 25-05-2018.
- Duración: una hora y quince minutos.

7.2. Resultados de la evaluación post-intervención.

Para llevar a cabo la evaluación de los resultados del tratamiento, se utilizaron aquellos test y/o cuestionarios que revelaron la presencia del problema en la fase de evaluación pre-intervención. En este sentido, los seleccionados fueron:

- *“Inventario de Ansiedad y Fobia Social-forma breve” (SPAI-B).*
- *“Escala de Confianza para Hablar en Público” (PRCS).*

- “Escala de Autoverbalizaciones Durante de la Situación de Hablar en Público” (SSPS).

Por otro lado, también decidió comprobarse si el tratamiento, que estaba destinados a reducir el miedo y la ansiedad a hablar en público, producía algún efecto beneficioso en la puntuación en asertividad de la paciente (recordemos que presentaba un patrón denominado “realizador ansioso”). Por lo tanto, también decidió administrarse el “Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (GRAI). La comparativa de todas las puntuaciones obtenias puede observarse en la figura 4.

Nombre del instrumento	Puntuación Pre-intervención	Puntuación Post-intervención	Diferencia
SPAI	36/82	22/82	-14
PRCS	65/72	37/72	-28
SSPS	Escala de Autoverb. Neg. →18/25 Escala de Autoverb. Pos. → 11/25	Escala de Autoverb. Neg. →12/25 Escala de Autoverb. Pos. → 19/25	-6 +8
GRAI	Escala de respuesta →89/200 Escala de ansiedad →100/200	Escala de respuesta →92/200 Escala de ansiedad →98/200	+3 -2

Figura 4. Comparativa de resultados Pre y Post-intervención.

Los resultados obtenidos han sido muy positivos, pues se observa un descenso significativo de las puntuaciones con respecto a las obtenidas antes de iniciar el tratamiento.

- En el *SPAI*, donde se ha producido un descenso de ansiedad social experimentada por la paciente en 14 puntos, la paciente ya no supera el punto de corte establecido. El análisis cualitativo también refleja una menor puntuación en aquellas situaciones relacionadas con actuar/hablar en público.
- En el *PRCS*, se observa el mayor descenso de todas las puntuaciones, donde su desconfianza para hablar en público disminuye en 28 puntos, mostrando que el tratamiento ha servido a la paciente para perder el miedo a hablar en público.

- Esto último aparece en consonancia con los resultados post-intervención obtenidos en el *SSPS*, donde las autoverbalizaciones negativas a la hora de hablar en público se han reducido en 6 puntos y las positivas en 8, invirtiéndose prácticamente las puntuaciones con respecto las obtenidas antes de la intervención.
- Sin embargo, en el *GRAI*, no se aprecian cambios significativos que nos lleven a pensar que se ha producido una generalización de los resultados al ámbito de la asertividad de Cristina. Esto podría deberse a que la evaluación post-tratamiento se llevó a cabo al poco de terminar la intervención, y todavía no había transcurrido el tiempo suficiente para que se produjera dicha generalización de los resultados, siendo necesario valorarlo debidamente en las sesiones de seguimiento.

A continuación, se volvieron a revisar los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014), comprobando que la paciente ya no cumplía los criterios para fobia social específica a hablar en público, código 300.23 (F41.10).

De acuerdo con los resultados obtenidos, y a falta de llevar a cabo el seguimiento, se pueden confirmar las hipótesis de intervención planteadas y dar por cumplidos todos los objetivos terapéuticos propuestos.

8. Propuesta de seguimiento.

Debido a la falta de tiempo, no pudo llevarse a cabo un seguimiento adecuado de la intervención. No obstante, se acordó con la paciente llevar a cabo sesiones de seguimiento a los 1, 3, 6 y 12 meses desde la finalización del tratamiento, con el objetivo de valorar la consolidación de los resultados, y comprobar si estos también se generalizan a otras facetas de su vida (llevar a cabo conductas asertivas sin experimentar una ansiedad elevada).

9. Discusión y conclusión.

En un mundo cada vez más globalizado y competitivo, donde relacionarnos con otras personas puede marcar nuestro devenir profesional, académico y personal, es imperativo contar con habilidades que nos permitan llevar a cabo un buen desempeño en contextos sociales.

Sin embargo, hay quienes perciben este tipo de situaciones como amenazantes o incluso intimidantes, generando en ellos un miedo y ansiedad intensos, persistentes y desproporcionados

con respecto al peligro real de la situación. Esto puede llegar a suponer un gran obstáculo para estas personas, interfiriendo en algún ámbito de su vida, y requiriendo ayuda psicológica para superarlo.

En el presente trabajo se realizó una intervención cognitivo-conductual en un caso de fobia social a hablar en público, donde se aplicó con éxito un tratamiento multicomponente.

La evaluación puso de manifiesto la presencia de una ansiedad y miedo desproporcionados ante la situación de hablar en público, además de creencias erróneas sobre la ansiedad y su funcionamiento. Por otro lado, también mostró que la sujeto carecía de herramientas para manejar y afrontar la ansiedad, así como la existencia de pensamientos y autoverbalizaciones negativas que contribuían a que llevara a cabo respuestas de escape y evitación. Todo esto provocó que siguiera manteniéndose el problema.

De acuerdo con la bibliografía consultada, y dadas las variables implicadas en el trastorno, se decidió que el tratamiento debía contar con componentes tanto cognitivos como conductuales que abordaran de manera integral el triple sistema de respuesta ansiógeno.

El primer objetivo terapéutico, que consistía en que la paciente conociera y comprendiera el trastorno, así como los factores que intervenían en este, se cumplió por medio de la psicoeducación.

El segundo objetivo terapéutico, que consistía en dotar a la paciente de instrumentos para poder manejar el elevado nivel de activación, se llevó a cabo por medio de la técnica en respiración. De entre todas las técnicas de relajación, nos decantamos por esta debido a su sencillez, efectividad y rapidez a la hora de ponerla en práctica, lo que nos facilitó que pudiéramos centrarnos en las técnicas cognitivas, que nos ocuparon más tiempo.

En este sentido, para cumplir con el tercer objetivo, que era el de reducir y sustituir los pensamientos o autoverbalizaciones negativas por otras más adaptativas, se utilizó la reestructuración cognitiva (identificación de pensamientos distorsionados).

Por otro lado, el entrenamiento en autoinstrucciones permitió a la paciente contar con una estrategia para afrontar la situación ansiógena, cumpliéndose así con el cuarto objetivo.

Finalmente, por medio de la exposición gradual en vivo, se consiguió que la paciente se habituara a hablar en público, dejando de experimentar una ansiedad desproporcionada.

Para llevar a cabo la exposición a los ítems de la jerarquía se siguió el procedimiento indicado por Craske y Mytkoski (2006), dado que las características personales y la motivación de la paciente

lo permitían. Tal y como recomiendan estos autores, las sesiones fueron poco espaciadas en el tiempo al principio, permitiendo exposiciones frecuentes y masivas que facilitaron el proceso de extinción. Una vez íbamos llegando al último ítem de la jerarquía, se hicieron las sesiones más espaciadas, para propiciar que se fueran consolidando los resultados.

Con esto se dio por cumplido el último objetivo propuesto, así como todas las hipótesis planteadas, finalizando así la fase de tratamiento.

En la fase de seguimiento se valorará la consolidación de los beneficios obtenidos gracias al tratamiento, así como el grado en que estos pueden o no generalizarse a la asertividad de la paciente, que hasta ahora permanece en niveles similares a los de antes del tratamiento.

Finalmente, los resultados parecen coincidir con lo que señalan autores como por ejemplo Maciá y García-López (1995), y Tron-Álvarez, Bravo-González y Vaquero-Cázares (2014), acerca de la importancia de incluir componentes cognitivos en este tipo de fobias. Sin embargo, hay que tener en cuenta una serie de limitaciones.

Por un lado, al no haberse llevado aún a cabo la fase de seguimiento, no podemos valorar la consolidación a medio y largo plazo de los resultados.

Además, diseño de caso único cuenta con unas limitaciones propias, ya que la influencia de las diferencias individuales de cada paciente en los resultados (tasa de habituación al estímulo, motivación, apoyo social, etc.) genera problemas de validez externa.

Para concluir, señalar que, al ser un tratamiento donde se han empleado diferentes técnicas y procedimientos, no se puede saber con exactitud en que medida contribuye cada uno al éxito de la intervención.

10. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Atienza, F.L., Moreno, Y., y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, vol. XXII (1-2), 29-42.
- Bados, A. (1992). *Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Universidad de Barcelona, Barcelona, España. (Tesis doctoral microfichada original de 1986.). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2445/42566>
- Bados, A. (2017). *Fobia Social o trastorno por ansiedad social*. Universidad de Barcelona, Barcelona, España. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2445/115727>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)*. Manual. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., y Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and anxiety*, 27(2), 168-189.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Arias, B. y Nobre, L. (2013). Evaluando la ansiedad social por medio de cinco medidas de autoinforme, SPAI, LSAS-SR, SPIN, SPS y SIAS: Un análisis crítico de su estructura factorial. *Psicología Conductual*, 21(3), 423-450.
- Carrasco, A., Belloch, A. y Perpiñá, C. (2010). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36(153), 49-65.
- Carrasco, J., Clemente, M. y Llavona, L. (1984). La evaluación de la aserción a través de los inventarios de Rathus y de Gambrill y Rickey. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 2, 121-134.

- Carrasco, J., Clemente, M. y Llavona, L. (1989). Análisis del Inventario de aserción de Gambrill y Richey. *Estudios de Psicología*, 37,63-64.
- Castañón, S., Reyes, I., Rivera, S., y Díaz, R. (2011). Estandarización del inventario de asertividad de Gambrill and Richey - II. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 29(1), 27-50.
- Craske, M.G. y Mystkowski, J.L. (2006). Exposure therapy and extinction: clinical studies. En M.G. Craske, D. Hermans y D. Vansteenwegen (eds). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales*. Washington, DC: APA.
- Echeburua, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Espada, J. P., Olivares, J. y Méndez, F. X. (2010). *Terapia Psicológica: Casos prácticos*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Gambrill, E.D., y Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and reseach. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- García-López, L. J, Hidalgo, M. D., Beidel, D. C., Olivares, J. y Turner, S. M. (2008). Brief form of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI-B) for adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 24, 150-156.
- García-López, L. J. (2013). *Tratando Trastorno de Ansiedad Social*. Madrid: Pirámide.
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C., y Turner, S. M. (2001). Psychometric Proprieties of the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale, and the Social Avoidance and Distress Scale in an Adolescent Spanish-Speaking Simple. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 51-59.

- Gershkovich, M., Herbert, J., Forman, E., Schumacher, L., & Fischer, L. (2017). Internet-Delivered Acceptance-Based Cognitive-Behavioral Intervention for Social Anxiety Disorder With and Without Therapist Support: A Randomized Trial. *Behavior Modification*, 41(5), 583-608.
- Gilbert, S. F. (2001). Ecological developmental biology: developmental biology meets the real world. *Developmental biology*, 233(1), 1-12.
- Hofmann, S. G. y DiBartolo, P. M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: Scale development and preliminary psychometric properties. *Behavior Therapy*, 31, 499-515.
- Hofmann, S. G., y Otto, M. W. (2017). *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence-Based and Disorder Specific Treatment Techniques*. Routledge.
- Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Fehm, L., Stein, M. B., Lieb, R., y Wittchen, H. U. (2011). Social fear and social phobia types among community youth: differential clinical features and vulnerability factors. *Journal of Psychiatric Research*, 45(1), 111-120.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., ... y Ritter, V. (2014). Long-term outcome of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(10), 1074-1082.
- Macià, 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, 153-163.
- Martínez, J.A., Méndez, F.X., Hidalgo, M.D., e Inglés, C.J. (1999). Propiedades psicométricas de la versión abreviada del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público. *Comunicación presentada en el I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud*. Granada, España.
- Martínez-Monteagudo, M.C., Inglés, C.J., Cano-Vindel, A., y García-Fernández, J.M. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang [Current status of research on Lang's three-dimensional theory of anxiety]. *Ansiedad y Estrés*, 18, 201-219.

- Mattick, R.P. y Clarke, J.C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- McMillan, D. y Lee, R. (2010). A systematic review of behavioral experiments vs. exposure alone in the treatment of anxiety disorders: A case of exposure while wearing the emperor's new clothes?. *Clinical Psychology Review*, 30, 467-478.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J., e Hidalgo, M. D. (2004). La versión española abreviada del "Cuestionario de Confianza para Hablar en Público"(Personal Report of Confidence as Speaker): fiabilidad y validez en población adolescente. *Psicología Conductual*, 12(1), 25-42.
- Olivares, J., Maciá, D., Rosa, A. I., Olivares-Olivares, P. J. (2013). *Intervención psicológica: estrategias, técnicas y tratamientos*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., y García-López, L. J. (2002). Resultados a largo plazo de un tratamiento en grupo para el miedo a hablar en público. *Psicothema*, 14(2), 405-409.
- Ortega Fernández, J. A., y Climent Más, A. M. (2004). Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social. *Clínica y salud*, 15(2).
- Paul, G. L. (1966). *Insight vs desensitization in psychotherapy*. Standford, California: Standford University Press.
- Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. S., y Rosenberg, N. K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(5), 403-410.
- Piqueras, J. A., Espinosa-Fernández, L, García-López, L. J. y Beidel, D. C. (2012). Validación del "Inventario de Ansiedad y Fobia Social-Forma Breve" (SPAI-B) en jóvenes adultos españoles. *Psicología Conductual*, 20(3), 505-528.
- Ranta, K., La Greca, A. M., García-López, L. J., Marttunen, M. (2015). *Social anxiety and phobia in adolescents: development, manifestation and intervention strategies*. Suiza: Springer.

- Rivero, R., García-López, L. J., y Hofman, S. (2010). The Spanish Version of the Self-Statements during Public Speaking Scale: Validation in Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 129-135.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- 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.
- Sánchez, J., Rosa, A.I. y Olivares, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20, 55-68.
- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anales de Psicología*, 29(1), 66-75.
- Sanz, J., Vázquez, C. (2011). *Adaptación Española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Madrid: Pearson Education.
- Tron-Álvarez, R., Bravo-González, M., y Vaquero-Cázares, J. (2014). Evaluación y correlación de las autoverbalizaciones y el miedo a hablar en público en estudiantes universitarios. *Revista de Educación y Desarrollo*, 30, 13-18.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V. y Stanley, M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Vázquez-Morejon, R., Jiménez, R., y Vázquez, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255.
- Vidal, J., Ramos-Cejudo, J., y Cano-Vindel, A. (2008). Perspectivas Cognitivas en el Tratamiento de la Fobia Social: Estudio de un caso clínico. *Ansiedad y Estrés*, 14.

11. ANEXOS

ANEXO I. Hoja de información al paciente y Consentimiento Informado.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

En este documento se le informa tanto del procedimiento que tendrá lugar durante el Trabajo de Fin de Máster en Psicología General Sanitaria por la Universidad de Jaén, como del uso que se hará de sus datos.

Este proceso consiste en un análisis de caso, donde se realizará, en primera instancia, una evaluación psicológica para constatar la presencia o no de un problema psicológico, y en caso de que este exista, la intervención psicológica pertinente.

El responsable de este trabajo será el alumno Alejandro Martínez Zambudio, quien utilizará y tendrá acceso directo a entrevistas, test y cuestionarios, así como al análisis de los resultados obtenidos en los mismos. De igual modo, también podrán acceder a dichos datos los docentes encargados de la evaluación de esta asignatura.

La información obtenida durante este transcurso será tratada de forma confidencial, y en el caso de que dichos datos fueran requeridos por el personal de la universidad, se garantizará el anonimato.

La participación en este trabajo es totalmente voluntaria, y puede usted abandonarlo en cualquier momento si así lo cree conveniente. En este sentido, le informo de que cuenta con los siguientes derechos:

- Revocación del consentimiento y sus efectos, incluida la posibilidad de destrucción o de la anonimización de sus datos.
- Posibilidad de contactar con el responsable en caso de la aparición de un efecto adverso imprevisto.
- Revocación del consentimiento en cualquier momento, sin perjuicio de su intervención.
- Decidir el destino de su muestra y datos personales en caso de decidir retirarse del proceso.
- Derecho a que se vuelva a pedir su consentimiento si se desea utilizar sus datos en estudios posteriores.
- Garantía de confidencialidad de la información obtenida, indicando la identidad de las personas que tendrán acceso a los datos personales del sujeto.

Una vez finalizado y entregado este trabajo, se llevará a cabo una destrucción de sus datos.

Consentimiento Informado

Se ofrece usted voluntariamente para participar en el Trabajo de Fin de Máster en la Universidad de Jaén, del estudiante de 2º curso de Master en Psicología General Sanitaria, Alejandro Martínez Zambudio con DNI:48618887-S, que lo realiza bajo la tutela de Luis Joaquín García-López, Psicólogo y Docente de la Universidad de Jaén.

Dña. _____, mayor de edad y con D.N.I _____ MANIFIESTO QUE:

1. He sido informado/a de las características del Trabajo de Fin de Máster en Psicología General Sanitaria llevado a cabo por Alejandro Martínez Zambudio.
2. He leído la Hoja de Información al Paciente.
3. He recibido una copia de la Hoja de Información al Paciente y una copia de este Consentimiento Informado, con la fecha y firma correspondientes.
4. Se me ha explicado las características de la evaluación y tratamiento en los que consiste dicho trabajo, así como de sus riesgos y beneficios.
5. Se me ha asegurado la confidencialidad de mis datos personales.

Por lo tanto,

DOY NO DOY

Mi consentimiento voluntario para participar en la intervención propuesta

DOY NO DOY

Mi consentimiento para la anonimización de mis muestras.

Para que así conste, firmo la presente en Murcia,

Fecha: Firma del Paciente:

Fecha Firma de la persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento:

ANEXO II. AUTORREGISTRO ABC.

Autorregistro ABC.

FECHA	SITUACIÓN	COGNICIÓN	REACCIÓN FISIOLÓGICA Y EMOCIONAL	CONDUTA/S
Día y hora.	-Estímulo o acontecimiento que provoca la respuesta.	-Pensamientos, ideas, e imágenes que ha tenido. -Valora de 0 a 100 en qué grado ha creído que estos eran verdad.	- Sentimientos que ha tenido (ira, tristeza, irritabilidad, etc.). -Valora de 0 a 100 la intensidad de estas emociones -Señala tus reacciones fisiológicas.	-Señale lo que hace en dicha situación. -Duración de la conducta. -Consecuencias de este comportamiento.

ANEXO III. Clasificación de las principales distorsiones cognitivas.

TIPOS DE DISTORSIONES COGNITIVAS

- 1. Inferencia arbitraria.** También denominada como “saltar a las conclusiones”. Es el proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de una evidencia objetiva que la pueda avalar de forma suficiente. Ejemplo: “No voy a aprobar el examen porque soy un desastre”.
- 2. Personalización.** Atribuirse a uno mismo la responsabilidad de sucesos ajenos y no atribuirse los propios. Ejemplo: “Marta tiene mala cara, seguro que está enfadada conmigo”.
- 3. Abstracción selectiva.** Sesgar la información de modo consistente con un esquema disfuncional, desatendiendo los datos que contradicen dicho esquema. Ejemplo: “Seguro que suspendo el examen de conducir, se me ha calado una vez”.
- 4. Sobregeneralización.** Se trata de extraer conclusiones basándose en unas pocas experiencias o aplicarlas a una gama de situaciones no relacionadas. Ejemplo: “Se me ha quemado la comida, nunca sabré hacer nada correctamente”, “No me han pasado el balón para marcar, seguro que tampoco quieren quedar para ir al cine”.
- 5. Magnificación.** Atender en exceso a algo, y exagerar la importancia de aspectos negativos de una experiencia. Ejemplo “Seguro que lo he hecho fatal y suspendo, y si suspendo no me voy a sacar la carrera jamás y no encontraré trabajo”.
- 6. Minimización.** Descartar o subestimar la relevancia de una experiencia positiva. Ejemplo: “He aprobado el examen pero porque el profesor lo ha puesto muy fácil.”
- 7. Pensamiento Dicotómico.** Cuando el pensamiento es blanco o negro. Se colocan las experiencias propias o de los demás en categorías que solo tienen dos opciones opuestas (bueno/malo; positivo/negativo; posible/imposible). Ejemplo: “Si no saco un 10 en el examen seré un perdedor”.
- 8. Razonamiento emocional.** Cuando las opiniones son formadas sobre uno mismo basándose solo en las emociones que experimenta el sujeto. Ejemplo: “Tengo miedo a subir al avión, es muy peligroso volar” o “No voy a tocar a ese perro, los perros muerden”..
- 9. Afirmaciones con “Debería”.** Son las expectativas o demandas internas sobre las capacidades o habilidades personales o de otros, pero sin analizar si son razonables en el contexto en el que se dicen. Ejemplo: “Debería haberse dado cuenta de que estaba mal y no seguir preguntándome”.

ANEXO IV. Autorregistro sobre la respiración.

Fecha	Lugar/situación	USA inicial	USA final	Nº de prácticas