



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo de Fin de Máster

Intervención en un caso de trastorno de ansiedad social, con miedo principal a la actuación musical

Alumna: M^a Isabel Salguero Arnaiz

Tutor: Prof. Dr. Luis Joaquín García López

Junio de 2017

Índice

1. Introducción, conceptualización y justificación teórica del caso.....	4
1. 1. Introducción al concepto de trastorno de ansiedad social (TAS).....	4
1. 2. Componentes de la Fobia Social.....	4
1. 3. Edad de inicio y curso.....	6
1. 4. Etiología.....	6
1. 5. Comorbilidad.....	8
1. 6. Subtipos de Fobia Social.....	9
2. Descripción de la demanda del cliente.....	13
3. Antecedentes históricos.....	14
4. Hipótesis surgidas en la entrevista.....	14
5. Técnicas y procedimiento de evaluación.....	14
6. Resultados de la evaluación y propuesta de intervención.....	17
7. Intervención.....	22
7. 1. Objetivos y secuenciación.....	22
7. 2. Programa de intervención.....	23
8. Resultados de la intervención.....	31
9. Conclusiones.....	33
10. Referencias.....	35

Resumen

El trastorno de ansiedad social afecta a un alto porcentaje de la población, pudiendo perjudicar a las personas afectadas en diversas situaciones de carácter social a las que deben enfrentarse en el día a día. Un tipo de situación temida sería la de actuar en público, por ejemplo dar un discurso o tocar delante de una audiencia. Esta última, considerada un subtipo de fobia social, ha sido clasificada como ansiedad de actuación musical, e interfiere en las carreras de un gran número de músicos, pudiendo incluso llevarles al abandono de esta profesión. El objetivo de este trabajo ha sido el de reducir el nivel de ansiedad de actuación musical en un estudiante de un conservatorio profesional de música. Para ello, primero se llevó a cabo una evaluación, en la que se utilizaron algunos cuestionarios así como la entrevista diagnóstica ADIS-5, y cuyos resultados indicaron la presencia de varios trastornos comórbidos aparte del trastorno de ansiedad social. Posteriormente, se realizó una intervención psicológica personalizada de su problema, interviniendo en todo aquello que guardara relación con su demanda. Esta consistió en la aplicación del programa IAFS (*Intervención en Adolescentes con Fobia Social*), en su versión para jóvenes adultos (IJAFS; García-López, Ruíz et al., 2006), el cual se adaptó a las características y necesidades del cliente. Los resultados de la post-evaluación muestran un descenso del grado de interferencia vital y malestar de los trastornos intervenidos.

Palabras clave: trastorno de ansiedad social, ansiedad de actuación musical.

Abstract

Social anxiety disorder has a high level of prevalence between population, and there are several situations which can be feared by people affected in their daily life. An example of feared situation is to act in public, such as giving a speech or playing an instrument. The last one, has been called music performance anxiety, and it's a problem that interfere in the career of many musicians. The aim of this work is to reduce music performance anxiety in a music student. First, for the assessment were used some scales and the ADIS-5 clinical interview, whose results showed the presence of social anxiety disorder as well as other comorbid disorders. The treatment was based in the program IJAFS (García-López, Ruíz et al., 2006), which was adapted to the needs of the client. The results show a decrease of the levels of impairment and distress in the treated disorders.

Keywords: social anxiety disorder, music performance anxiety.

1. Introducción, conceptualización y justificación teórica del caso.

1. 1. Introducción al concepto de trastorno de ansiedad social (TAS).

“En el trastorno de ansiedad social (fobia social), la persona siente miedo y ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, o bien las evita” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 190).

La fobia social es uno de los trastornos más comunes en la sociedad actual. A pesar de fluctuar en función de distintas variables, como el país en el que se lleve a cabo el estudio o el instrumento que se elija para la medición, en general se aprecian unos altos porcentajes de prevalencia entre la población (Bados, 2015). De acuerdo a unas encuestas de salud mental realizadas por la OMS en 2008, en Europa las tasas de prevalencia de la fobia social durante la vida varían entre 1,2 y 4,3%, encontrándose en España los niveles más bajos (1,2%) (Para una revisión véase Caballo, Salazar y Carrobbles, 2011). Por otro lado, en cuanto a diferencias entre sexos, encontramos un mayor número de casos de mujeres respecto a los hombres (Cederlund, 2013). Sin embargo, parece que estos últimos tienen mayor tendencia a buscar tratamiento (Antony y Rowa, 2008).

1. 2. Componentes de la fobia social.

La fobia social está formada por varios componentes o síntomas que pueden ser divididos en fisiológicos, cognitivos y conductuales. En primer lugar, uno de los aspectos que más angustia puede generar en estas personas es el factor fisiológico. El temor a experimentar sensaciones físicas desagradables, unido a la vergüenza de qué puedan pensar los demás si se dieran cuenta genera más ansiedad ante las situaciones temidas. Esto, a su vez puede aumentar la probabilidad de que eviten dichas situaciones, o en caso de exponerse se retraigan más o se comporten de forma un tanto extraña en un intento por ocultar sus síntomas o evitar una situación embarazosa. De este modo se puede entrar en un círculo vicioso que no haga más que empeorar el problema. Son numerosos los signos físicos que se pueden dar en fobia social, siendo algunos de los más frecuentes rubor, temblor, sudor, palpitaciones, tensión muscular, malestar gastrointestinal, náuseas o boca seca (Salazar, 2013). Además, algunas personas con TAS pueden también presentar ataques de pánico, en cuyo caso suelen darse unos mayores niveles de sintomatología fisiológica ansiosa, así como más temor y evitación de las situaciones sociales, provocando una mayor interferencia en sus vidas (Bados, 2015).

En segundo lugar, son muchas las características a nivel cognitivo que se dan en personas con esta patología, siendo habituales las siguientes: a) presentar un alto grado de temor a no comportarse de manera adecuada, a ser evaluados negativamente o rechazados por los demás, así como una alta sensibilidad a la crítica y necesidad de aprobación; b) tender a sobreestimar el nivel de habilidad social que se les pide debido a que tienen un concepto muy exigente en cuanto a cómo debe ser una conducta social adecuada, lo cual puede hacer que nunca estén contentos con su comportamiento; c) infravalorar sus éxitos y maximizar los fracasos sociales; d) imaginar sucesos negativos que pueden suceder en las situaciones temidas, lo que les provocará ansiedad de anticipación; e) poseer alta consciencia de sus errores y sintomatología ansiosa; y f) presentar pensamientos negativos (Caballo et al, 2011). Otra característica importante a tener en cuenta es el foco atencional. Y es que estas personas tienden a centrar su atención o bien en ellos mismos, es decir, en los propios síntomas de ansiedad que están sintiendo y en los errores que puedan estar cometiendo (foco atencional interno), o en los demás, por ejemplo mostrándose alerta en busca de posibles expresiones y reacciones negativas de los otros (foco atencional externo). Esto, además de aumentar su ansiedad puede hacer que les sea más complicado concentrarse en la actividad que estén realizando, pudiendo disminuir su rendimiento. En una investigación en la que se midió el tiempo de respuesta en una serie de tareas tipo *stroop*, se halló que en los sujetos con fobia social el tiempo de ejecución en tareas *stroop* tradicionales y neutrales fue significativamente mayor al de los sujetos sin fobia social (Gantiva, Toro, Ballesteros, Salcedo, Vargas, Gutiérrez y Montes, 2012). De acuerdo a estos autores, esto podría explicarse por el hecho de que al considerar el contexto de investigación un peligro para su integridad, centrarían su atención en dichos estímulos amenazantes, es decir, en los observadores más que en llevar a cabo la tarea.

Por último, en cuanto al componente conductual, las personas con fobia social se caracterizan por tener un déficit de habilidades sociales, así como por conductas como escaso contacto ocular, retraimiento, hablar poco, o mostrarse tensos y desconfiados (Caballo et al., 2011). Evitan a menudo las situaciones sociales temidas (conductas de evitación), y en caso de exponerse a ellas las enfrentan con altos niveles de ansiedad, siendo también frecuente que una vez en la situación la persona opte por irse de la misma, es decir, llevar a cabo una conducta de escape (Antony y Rowa, 2008). En caso de no huir, normalmente harán uso de conductas de seguridad cuyo objetivo será reducir los niveles de ansiedad, así como el riesgo de que sucedan situaciones

embarazosas que el sujeto teme que podrían pasar (Bados, 2015). Algunos ejemplos de conductas de seguridad serían evitar coger cosas delante de los demás para que no perciban su temblor, beber alcohol o tomar tranquilizantes para estar más relajados o desinhibidos, usar ropa ligera si se tiene miedo a sudar, o evitar el contacto ocular con los demás para así disminuir las posibilidades de que le pregunten algo.

1. 3. Edad de inicio y curso.

La edad de inicio del trastorno de ansiedad social normalmente se ubica entre la infancia tardía y la adolescencia, aunque diversas investigaciones parecen mostrar una disminución de la edad de aparición (Cederlund, 2013). No obstante, lo más habitual es un comienzo entre los 12 y los 17 años (García-López, 2013). Esta etapa es crucial, pues crecen considerablemente el número de demandas de tipo social, la necesidad de encajar dentro de su grupo de iguales, así como la consciencia que tienen de ellos mismos y sobre cómo les ven los demás (Bados, 2015). Más allá de los 20 años es más rara su aparición, aunque los estudios revelan que es posible (Ranta, La Greca, García-López y Marttunen, 2015). Por ejemplo, el inicio puede deberse a un cambio de trabajo o de las condiciones familiares que impliquen actividades como hablar en público (Bados, 2015). Respecto al curso de este trastorno, parece ser de carácter crónico, prolongándose mucho en el tiempo (Salazar, 2013). Sin embargo, la severidad de la sintomatología experimentada parece no ser estable, pudiendo esta oscilar (Ranta et al., 2015). Además, cuantos más tipos de situaciones sociales tema una persona peor será su pronóstico (Cederlund, 2013).

1. 4. Etiología.

No existe una única causa que provoque el TAS, por lo que se argumenta que sería la interrelación entre múltiples variables la responsable de su desarrollo (Salazar, 2013). Son diversos los autores que, enfocándolo desde distintas perspectivas, han propuesto un modelo etiológico con el fin de proporcionar una explicación del origen de la fobia social, siendo algunos de ellos los siguientes. Por un lado, como ejemplo de modelo cognitivo podemos hablar del de Clarks y Wells (1995). Este modelo sostiene que en personas con fobia social se desarrollan una serie de creencias sociales (creencias negativas respecto a ellos mismos, altas expectativas sobre cómo es una conducta social apropiada, y acerca de las consecuencias que habría si no se comportan adecuadamente) que les harán percibir este tipo de situaciones como amenazantes

(Bravo y Padrós, 2014). Asimismo, se caracterizan por enfocar su atención en ellos mismos (en su comportamiento y en los síntomas de ansiedad), que unido a sus creencias previas hace que formen una imagen negativa sobre cómo les ven los demás, que por una parte hará que pierdan información clave para relacionarse correctamente con los otros, y por otra aumentará las conductas de seguridad, que mantienen el problema (Hodson, McManus, Clark y Doll, 2008). Además, este modelo defiende que las personas con fobia social no lo pasan mal únicamente cuando se encuentran en la situación social temida, sino que también sufrirán ansiedad al anticiparla, así como después de que esta haya ocurrido (Antony y Rowa, 2008). Por otro lado encontramos el modelo de Olivares y Caballo (2003), el cual mantiene que el trastorno de ansiedad social sería resultado de la interacción entre variables propias del sujeto, como tener una alta vulnerabilidad genética a la ansiedad o rasgos de personalidad como introversión alta, y las variables relacionadas con el contexto social, como un ambiente familiar negativo o una inadecuada conducta por parte del profesorado, que podría por ejemplo extinguir comportamientos adaptativos. Sería pues la interacción entre distintas variables la responsable de que se desarrolle un patrón de respuesta social desadaptativo, entre las cuales el modelo señala la importancia de las conductas de evitación y escape, así como el papel que también tiene la respuesta de alerta (por la posible evaluación negativa por parte de los otros) del sujeto debido a la incertidumbre percibida en situaciones sociales (Olivares y Caballo, 2003). Por último, un modelo más reciente, el integrativo de Kimbrel (2008), asume que a la fobia social se puede llegar de muchas formas, es decir, no hay una causa única, sino que sería resultado de la interacción entre distintas variables, a nivel biológico y ambientales, que actuarían tanto como factores de riesgo, como de protección, y que harían que finalmente se desarrollase o no el trastorno. Está basado en la teoría de la sensibilidad al refuerzo, que postula la existencia de tres sistemas neurológicos (el sistema de lucha-huida-movilidad, el sistema de aproximación conductual y el de inhibición conductual) los cuales intervendrían conjuntamente aumentando o disminuyendo la posibilidad de desarrollar TAS al mediar la actuación de la persona (Caballo et al., 2011). Asimismo, también defiende un desarrollo transaccional de la fobia social, pues interactuarían tanto las circunstancias pasadas, por ejemplo el temperamento, los factores genéticos o experiencias negativas anteriores, como las del presente del sujeto, tales como estresores del momento actual o factores que funcionen como mantenedores, siendo este el caso de las conductas de evitación (Kimbrel, 2008).

1. 5. Comorbilidad.

Existe una alta comorbilidad en el TAS, lo cual es importante a la hora de hacer un buen diagnóstico diferencial, y analizar no solo si la persona padece otros problemas, sino cuál o cuáles de ellos son más incapacitantes o puede que causantes o consecuentes de la misma. La fobia social correlaciona en gran medida con otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, agorafobia o fobia específica, así como con trastornos del estado de ánimo y abuso de alcohol o drogas (Ranta et al., 2015). En cuanto al consumo de alcohol, en el estudio de Peña-Salas, Bareño, Berbesi y Gaviria (2014) se encontraron unos porcentajes de prevalencia a lo largo de la vida del 24,1% de abuso de alcohol, y un 11,2 en dependencia en personas con fobia social, frente a un 13 y 4,4% respectivamente en personas sin fobia social. Por otro lado, respecto a población adolescente los datos parecen coincidir en general con los obtenidos en población adulta (Caballo et al., 2011). En España, el estudio de García-López, Bonilla y Muela-Martínez (2016), llevado a cabo en una muestra de adolescentes encontraron que los trastornos que mayor comorbilidad tuvieron con la fobia social fueron el trastorno de ansiedad generalizada y fobia específica.

Asimismo, el trastorno de ansiedad social también se ha relacionado con muchas otras variables. Por ejemplo, se ha hallado correlación con trastornos físicos, como problemas de sueño, alteraciones de la tiroides o enfermedades autoinmunes (Ranta et al., 2015). También se ha visto que las personas con fobia social presentan un alto grado de perfeccionismo socialmente prescrito, que es el correspondiente a lo que un sujeto piensa que los demás esperan de su comportamiento a nivel social (Bados, 2015). Del mismo modo, en la investigación de Caballo, Salazar, Irurtia, Arias y Guillén (2010) se halló que la ansiedad social está relacionada con los estilos de afrontamiento así como con algunos rasgos de personalidad, correlacionando de manera positiva con el neuroticismo y el estilo evitativo, y negativamente con la extraversión, y los estilos de afrontamiento agresivo y asertivo. Además, los datos provenientes de distintos estudios han hallado también conexión entre la ansiedad social y varios tipos de abuso psicológico, como por ejemplo el *mobbing* o sobre todo el *bullying* (García-López, Irurtia, Caballo y Díaz-Castela, 2011). Respecto a este último, diversas investigaciones apoyan la existencia de una fuerte relación con ansiedad social, encontrándose entre otros hallazgos evidencia de que el acoso puede funcionar como factor de riesgo para posteriormente desarrollar fobia social, aunque sin olvidar el papel que pueden jugar variables como un alto nivel de inhibición conductual o escasas

habilidades sociales que pueden mediar en el inicio del acoso (Calderero, Salazar y Caballo, 2011). Otra característica a tener en cuenta sería la baja autoestima, pues se ha visto que las personas adultas con fobia social presentan un nivel bajo de autoestima tanto implícita como explícita (Bados, 2015). Por último, añadir que también se ha encontrado relación con sufrir violencia familiar en la infancia y padecer mayores niveles de ansiedad social en la vida adulta (Binelli et al., 2012).

1. 6. Subtipos de fobia social.

Pueden ser numerosas las distintas situaciones de carácter social que un sujeto puede temer, por lo que habitualmente se dividen en categorías con el fin de simplificarlas. El DSM-5 distingue tres tipos, interacción, observación y actuación. Dentro de las situaciones interactivas se incluirían aquellas caracterizadas por tener que existir una interacción con otras personas, como por ejemplo iniciar y mantener una conversación, ir a una fiesta, dar y recibir cumplidos, preguntar una dirección o devolver un producto en una tienda. Respecto a observación, entrarían situaciones en las que el sujeto se viera expuesto a la posibilidad de ser observado por otras personas mientras realiza actividades como beber, comer, escribir delante de otras personas, o pasar por un lugar lleno de gente. Por último, las situaciones de actuación serían aquellas que impliquen actuar delante de otras personas, como bailar, tocar un instrumento musical o hablar en público. Respecto a esta última categoría, para aquellos casos en los que los sujetos solo temen situaciones en las que deban actuar delante de otros, el DSM-5 ha introducido el especificador de actuación, dentro del cual se incluiría la ansiedad de actuación musical.

La *ansiedad de actuación musical* es un tipo específico de fobia social caracterizado principalmente por sentir altos niveles de ansiedad al realizar una actuación musical frente a una audiencia (Zahal, 2016). Podría catalogarse de acuerdo a la clasificación del actual DSM-5 como TAS con especificador de actuación, puesto que el sujeto teme concretamente una situación que requiere actuar en público, tocar un instrumento musical o cantar. Esta se puede dar tanto si el músico toca como solista o en grupo, e independientemente del instrumento (Medeiros, de Souza y de Lima, 2014). No obstante, parece ser más habitual que los sujetos temen situaciones que requieran tocar en solitario. En el estudio de Nicholson, Cody y Beck (2014), los resultados mostraron mayores niveles de ansiedad entre la muestra de músicos profesionales al tocar solos, seguido de tocar en grupo y por último la práctica. En otro estudio, el de Papageorgi, Creech y

Welch (2011), también se vieron más altos niveles de *ansiedad de actuación musical* en la actuación como solista frente a la grupal, así como diferencias del nivel de ansiedad dependiendo del género musical que se toque, encontrando mayores niveles en intérpretes de música clásica frente a otros como jazz o música popular. Estos datos nos hacen pensar que el nivel de ansiedad depende un poco de algunas variables. No obstante, diversos estudios muestran que los músicos, en general tienen elevados niveles de ansiedad, y al igual que en otros casos de fobia social, los síntomas derivados podrán causar gran malestar al sujeto, interfiriendo así en la calidad de su actuación. Esto sucede teniendo en cuenta que este contexto puede resultar aún más complejo que otro tipo de situaciones sociales. Para tocar un instrumento musical la demanda cognitiva y atencional es muy alta, así como la necesidad de precisión de los movimientos musculares, por lo que la sintomatología experimentada podrá influir negativamente en el desarrollo de esta tarea. Podemos dividir estas sensaciones de nuevo en tres componentes, físico, propio de un nivel alto de activación, como palpitaciones, temblor y sudoración; cognitivo, el cual abarcaría tanto pensamientos acerca de las consecuencias de que salga mal el concierto o de una evaluación negativa por parte de la audiencia, como el foco atencional; y conductual, como cometer fallos técnicos o mantener una postura incorrecta (Osborne y Kenny, 2008). Todos estos síntomas experimentados, además de elevar los niveles de ansiedad e interferir en la interpretación pueden influir en que los sujetos se perciban como menos habilidosos y capaces de realizar un buen trabajo. De hecho, se ha visto que la sintomatología vivida puede hacer que la autoeficacia percibida sea menor, y mayor el miedo a ser evaluado negativamente por no haber realizado una buena actuación (Ballester, 2015). Por el contrario, un factor que parece reducir su incidencia es la autoconfianza. En la investigación de Yoshie, Shigemazu, Kudo y Ohtsuki (2009) se halló que la ansiedad correlaciona de manera inversa con la autoconfianza, sugiriendo que esta última puede mediar entre la ansiedad experimentada y la calidad de la actuación.

Al tocar en público, y más si dicha interpretación implica ser evaluado por ejemplo por profesores, un jurado o la trayectoria profesional depende de los resultados obtenidos en dicha ejecución, es normal sentir cierto nivel de ansiedad. Sin embargo, no tiene por qué ser algo negativo, pues cierto grado de activación en este contexto puede ayudarles a estar más atentos y a realizar así una mejor actuación (Osborne, 2016). De hecho, es así en buena parte de las ocasiones, el nivel de ansiedad no provoca una interferencia significativa a la persona, y concierto tras concierto puede ir disminuyendo notablemente. No obstante, en un porcentaje de

músicos no ocurrirá esto, debido probablemente a unos mayores niveles de ansiedad, a que la ansiedad social no se reduzca a situaciones de actuación, o a otros trastornos concurrentes que agraven su situación. Asimismo, también es posible que estén llevando a cabo conductas de seguridad, evitación o huida que puedan estar manteniendo el problema. Numerosos son los estudiantes y profesionales con grandes cualidades que ven mermadas sus posibilidades de finalizar los estudios musicales o de llegar a tener una carrera de éxito debido a la ansiedad experimentada al tocar en público, llegando incluso a provocarles el abandono de esta profesión (Arnaiz, 2015). En estos casos será necesaria una intervención, o de lo contrario, pese a los años de estudio y experiencia esta problemática no desaparecerá. Prueba de ello la encontramos en el estudio de Zarza, Casanova y Orejudo (2015), en el cual hallaron que la ansiedad escénica no correlaciona con el número de años de estudio del instrumento. Por otro lado, aparte de unos mayores niveles de ansiedad, debido al alto nivel de exigencia al que están expuestos, que implica que deban dedicar muchas horas a practicar, los músicos pueden verse afectados a nivel físico, lo que puede a su vez incidir en su estado psicológico. Los datos procedentes de diferentes investigaciones coinciden en que existe una alta prevalencia de trastornos físicos en músicos, destacando probablemente los musculo-esqueléticos, como la tendinitis (Kaur y Singh, 2016). También encontramos otras enfermedades, como la distonía focal, de carácter neurológico, y que afecta al 1% de los músicos profesionales (Ioannou y Atenmüller, 2014). Esta patología consiste en la pérdida del control de los movimientos de los dedos, la mano o el brazo, o a que estos sean descoordinados (Soria-Urios, Duque y García-Moreno, 2011). Por otro lado, como hemos comentado, estas patologías físicas derivadas del exceso de práctica pueden conllevarles a su vez consecuencias negativas a nivel psicológico. De acuerdo al estudio de Kenny y Ackermann (2015), cuyos resultados fueron que el 84% de los músicos evaluados dijeron haber padecido alguna vez dolor muscular, refiriendo el 50% de ellos tenerlo aún en la actualidad, se halló además relación entre la severidad de esta dolencia física y padecer depresión y *ansiedad de actuación musical*. Asimismo, en la investigación de Díaz-Morales, Nieto-Márquez y Sánchez-Beleña (2013), se encontró que cuanto más alto puntuaban los sujetos en sobreentrenamiento más lo hacían a su vez en depresión, fatiga, confusión y tensión, a la vez que obtenían menores niveles de satisfacción vital.

Para terminar, son numerosas las variables psicológicas que se han relacionado con esta población. Por ejemplo, en la investigación de Martínez y Torres (2011), en la cual compararon

los datos pertenecientes a muestras de estudiantes de música, psicología, ingeniería y medicina, hallaron que los estudiantes de música puntuaban más que los sujetos del resto de carreras analizadas en sintomatología propia de abuso de sustancias, obsesión compulsión, ansiedad, depresión, ideación suicida y psicosis. Igualmente, Zarza, Casanova y Orejudo (2016a), los cuales midieron el nivel de ansiedad de actuación en alumnos de varios conservatorios españoles así como su relación con distintos constructos psicológicos, han hallado que a menores niveles de ansiedad más puntuaban los sujetos en optimismo, motivación de logro y autoeficacia, mientras que con la sensibilidad al castigo ocurría lo contrario, cuanto más puntuaban en este constructo mayores eran los niveles de ansiedad escénica. Asimismo, diversas investigaciones han parecido observar diferencias en cuanto a otros rasgos de personalidad en la población de músicos. Según la investigación de Kenny, Davis y Oates (2004) los cantantes de coro profesionales evaluados mostraron unos niveles mayores de ansiedad rasgo que la población normal. Por otro lado, en el estudio de Zarza, Casanova y Robles (2016) se descubrió una relación entre perfeccionismo, las notas obtenidas y la ansiedad escénica, siendo esta que a más perfeccionismo mayores eran las calificaciones que conseguían los alumnos, pero al mismo tiempo más altos los niveles de *ansiedad de actuación musical*. Asimismo, en una investigación llevada a cabo por Langendörfer, Hodapp, Kreutz y Bongard (2006), se encontró que el perfeccionismo socialmente prescrito era el mejor predictor de preocupación antes de un ensayo, mientras que el perfeccionismo orientado a uno mismo predecía la falta de confianza durante la actuación junto con baja autoeficacia y autoestima, encontrándose además una relación positiva entre ambos tipos de perfeccionismo y *ansiedad de actuación musical*. Por los datos hallados en ambos estudios, podemos pensar que pese a que ser perfeccionista puede servir para exigirse más a uno mismo y dar todo tu potencial, el mismo rasgo de personalidad puede ser causante de ansiedad al criticarse en exceso y nunca estar satisfecho con lo logrado, así como tocar con miedo a cometer el más mínimo error. Además, también se han encontrado diferencias de personalidad entre músicos en función del instrumento tocado. De acuerdo a la investigación de Lemos (2000), los músicos de viento metal puntuaron más alto en extraversión, mientras que los que obtuvieron menores puntuaciones fueron los de cuerda, sobre todo la guitarra y el piano. En cuanto a neuroticismo, puntuaron menos en vulnerabilidad los trompetistas, mientras que los que más fueron los guitarristas. Estos datos pueden ser interpretados en parte gracias a las características propias de cada instrumento, pues aquellos con un sonido más llamativo, dulce o apagado pueden ser elegidos por personas

con determinadas características de personalidad. Sin embargo, también podríamos tener en cuenta el contexto en el que se tocará normalmente dependiendo del instrumento, pues este podrá ser más serio o desenfadado, así como el tipo de música que es propia de cada uno (pues no es lo mismo interpretar flamenco, jazz o música clásica) (Dalia, 2015). Por ejemplo, los datos sugieren que los más introvertidos son los guitarristas y los pianistas, precisamente los que pasarán gran parte de las horas de estudio solos, frente a otros instrumentos de cuerda como el violín que participan en mayor medida en orquestas, o los instrumentos de viento que suelen tocar en bandas.

Por todo lo expuesto anteriormente, el desempeño de muchos músicos puede verse limitado en caso de presentar altos niveles de ansiedad social, lo cual de hecho, parece ser un fenómeno prevalente. Son abundantes los estudios realizados al respecto, encontrándose que entre el 15 y el 25% de músicos se ven afectados por esta problemática (Clason, Johansson y Mortberg, 2015). En cuanto a población española, en una muestra de estudiantes de varios conservatorios superiores de música se midieron los niveles de ansiedad escénica, hallando que un 39% de los evaluados presentaba mayores niveles de ansiedad que la muestra poblacional, superando el 15% de ellos más de una desviación típica de esta (Zarza, Casanova y Orejudo, 2016b).

En conclusión, la fobia social es un trastorno que afecta de manera significativa a la vida de quien lo padece, y en concreto *la ansiedad de actuación musical*, como un especificador de actuación social, puede ocasionar gran interferencia a nivel profesional en músicos. Las altas tasas encontradas ponen de manifiesto la necesidad de actuar ante esta problemática. Por otro lado, dado que es bastante probable que aquellos músicos con altos niveles de ansiedad también presenten ansiedad ante otros tipo de situaciones sociales, así como otros trastornos debido a las altas tasas de comorbilidad del trastorno de ansiedad social, se hace necesario tenerlo en cuenta a la hora de llevar a cabo una evaluación en este ámbito.

2. Descripción de la demanda del cliente.

El cliente es un hombre soltero de 21 años. Es estudiante de un conservatorio profesional de música y ha sido localizado a través de un anuncio colgado en dicho conservatorio. Este solicitaba músicos cuyos niveles de ansiedad al tocar en público les generara malestar significativo e interferencia en su carrera o estudios, y estuviesen dispuestos a intentar ponerle solución. Por lo tanto, podemos decir que su demanda es la de reducir la *ansiedad de actuación*

musical.

3. Antecedentes históricos.

En la historia del cliente encontramos distintas variables antecedentes. Por un lado, presentaba factores de riesgo como por ejemplo timidez y perfeccionismo. Y por otro lado, encontramos circunstancias ambientales como una familia que evidencia niveles excesivos de exigencia así como una historia de bullying que tuvo lugar al principio de la adolescencia y que se mantuvo durante todo un curso escolar.

4. Hipótesis surgidas en la entrevista.

De la información que teníamos del cliente pudimos formular una serie de hipótesis que posteriormente fueron comprobadas en la fase de evaluación. Dichas hipótesis fueron:

1. El cliente refiere tener elevados niveles de ansiedad al tocar en público, por lo que obtendrá una alta puntuación en un cuestionario que mida *ansiedad de actuación musical*.
2. Dado que es muy probable que las personas que presentan altos niveles de ansiedad social en situaciones de actuación la presenten también en aquellas que impliquen observación e interacción, si al cliente le pasamos escalas que midan ansiedad social en este tipo de situaciones puede que puntúe alto en las mismas.
3. Puesto que la fobia social correlaciona en gran medida con otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, si le pasamos cuestionarios u otros métodos de evaluación que identifiquen dichos trastornos probablemente mostrará un nivel elevado de sintomatología.

5. Técnicas y procedimiento de evaluación.

Primero se administraron al cliente una serie de cuestionarios con la intención de ir confirmando las hipótesis, así como saber en qué puntos sería necesario indagar con mayor profundidad en la posterior entrevista. Los cuestionarios utilizados fueron los siguientes:

SIAS: “Escala de ansiedad ante la interacción social” (*Social Interaction Anxiety Scale*, SIAS; Mattick y Clarke (1998), en su versión española (Olivares, J., García-López, L. J., e Hidalgo, M. D. (2001). Mide el nivel de ansiedad experimentada al enfrentarse a situaciones sociales que implican interaccionar con otras personas. Está formada por 20 ítems, y la escala de respuesta es tipo Likert, de 0 a 4 puntos. La puntuación final se obtiene sumando todos los ítems, teniendo en

cuenta que el 5, 9 y 11 son inversos, y esta puede oscilar entre 0 y 80. El punto de corte se encuentra en 34, y a mayor puntuación mayor nivel de ansiedad tendrá el sujeto. Este cuestionario suele aplicarse conjuntamente con el *SPS*, por lo que habitualmente se investigan de manera simultánea sus propiedades psicométricas. En diversas investigaciones ambos cuestionarios han demostrado tener alta fiabilidad así como validez convergente y discriminante (Carleton, Thibodeau, Weeks, Teale, Mc Evoy, Horswill, y Heimberg, 2014). En población española, en el estudio de Olivares, García-López e Hidalgo (2001) hallaron una consistencia interna de 0,89. Asimismo, en el estudio de Caballo, Salazar, Irurtia, Arias y Nobre (2013) se encontraron altos valores de fiabilidad, con un 0,81 en fiabilidad de Guttman en las dos mitades, y 0,86 de consistencia interna.

SPS: “La escala de fobia social” (*Social Phobia Scale*, SPS; Mattick y Clarke (1998). Esta escala mide la existencia de ansiedad social en situaciones de observación o actuación. Comparte con el *SIAS* el mismo número de ítems y la misma escala de respuesta, y la puntuación final también varía entre 0 y 80, siendo el punto de corte de 28. En cuanto a sus propiedades psicométricas, como dijimos anteriormente, ha demostrado tener unos buenos niveles de fiabilidad y validez convergente y discriminante (Carleton et al., 2014). Asimismo, en población española, en el estudio de Olivares et al., (2001) se halló un nivel de consistencia interna de 0,90, y en la investigación de Caballo et al., (2013) la fiabilidad encontrada fue también de 0,90.

SPAI-B: “Inventario de ansiedad y fobia social, forma breve” (*Social Phobia and Anxiety Inventory-Brief form*, SPAI-B; García-López, Hidalgo, Beidel, Olivares y Turner (2008). Evalúa la sintomatología propia del trastorno de ansiedad social (fisiológica, cognitiva y conductual), así como ansiedad social ante situaciones interactivas y de observación y actuación (García-López, Beidel, Muela-Martínez y Espinosa-Fernández, 2016). Está formada por 16 ítems, y las respuestas se realizan a través de una escala tipo Likert que va de 1 a 5. La puntuación final se obtiene sumando las respuestas dadas en cada ítem y restándole a esa suma 16, y el punto de corte es de 24. En el estudio de Piqueras, Espinosa-Fernández, García-López y Beidel (2012) llevado a cabo en población joven universitaria se hallaron unos niveles de consistencia interna entre 0,89 y 0,94, así como evidencias de validez concurrente.

BDI-II: “Inventario para la Depresión de Beck-II” (*Beck Depression Inventory, second edition*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), en su adaptación española (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003). Mide la existencia de sintomatología depresiva y está compuesto por 21 ítems,

con una escala de respuesta tipo Likert que va de 0 a 3. La puntuación se obtiene sumando todos los ítems, dando como resultado un número entre 0 y 63. Dependiendo de la puntuación obtenida, puede clasificarse en sintomatología depresiva mínima (0-13), leve (14-18), moderada (19-27) o grave (28-63), siendo el punto de corte de 23. En población española se han hallado datos favorables de fiabilidad y validez en diferentes investigaciones, tanto en población general (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003), como en personas diagnosticadas con algún trastorno psicológico, encontrando en esta última una validez convergente de 0,66, y una fiabilidad en términos de consistencia interna de 0,91 (Sanz y García-Vera, 2013).

PSWQ-11: “Cuestionario de preocupaciones del Estado de Pennsylvania” (*Penn State Worry Questionnaire*, PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990), en su versión abreviada (PSWQ-11) traducida al español por Sandín y Chorot (1995). Este cuestionario mide el nivel de preocupación experimentada y el nivel de ansiedad que esta provoca. Está formada por 11 ítems, y la puntuación total se obtiene sumándolos todos, pudiendo oscilar entre 11 y 55. Respecto a sus propiedades psicométricas, ha demostrado tener altos niveles de fiabilidad y validez. En el estudio de Sandín, Chorot, Valiente y Lostao (2009), llevado a cabo en una muestra de estudiantes universitarios españoles, se halló una consistencia interna de 0,92 y fiabilidad test-retest de 0,85, así como datos a favor de una buena validez convergente y discriminante.

RAS: “Inventario de asertividad de Rathus” (*Rathus Assertiveness Schedule*, RAS; Rathus, 1973). Este inventario mide el grado de asertividad que posee el sujeto, y está formado por 30 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert que va desde -3 a 3, sin incluir el 0. La puntuación final se obtiene sumando todos los ítems, teniendo en cuenta que los ítems 1, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 23, 24 y 26 se invierten. La puntuación que se puede obtener oscila entre -90 y 90, teniendo en cuenta que a más puntuación mayor asertividad tendrá el sujeto. El punto de corte empieza desde el cero para abajo. De acuerdo a la investigación de Caballo, Salazar, Olivares, Irurtia, Olivares y Toledo (2014) presenta una buena fiabilidad, con un 0,82 de consistencia interna y un 0,80 de fiabilidad de dos mitades de Guttman. También ha demostrado tener validez de criterio y concurrente (Çeçen-Erogul y Zengal, 2009).

K-MPAI-R: Kenny Music Performance Anxiety Inventory (Kenny, Davis y Oates, 2004) en su versión revisada, Kenny Music Performance Anxiety Inventory - revised (Kenny, 2009), traducida al español. Este cuestionario mide el nivel de *ansiedad de actuación musical*, y está compuesto por 40 ítems, frente a los 26 que componían el original. La escala de respuesta es tipo

Likert, de 0 a 6, y la puntuación resultante se obtiene sumando las respuestas teniendo en cuenta que la puntuación de los ítems 1, 2, 9, 17, 23, 33, 35 se invierte. El resultado puede oscilar entre 0 y 240, interpretándose que a mayor puntuación mayor *ansiedad de actuación musical*. Igualmente, la versión revisada, y que hemos utilizado ha demostrado tener tanto validez como fiabilidad, encontrándose un 0,94 de consistencia interna (Robson y Kenny, 2017). Asimismo, en una adaptación al español, se halló una fiabilidad de 0,91 (Arnaiz, 2015).

A continuación se le aplicó la “Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5)-Adult Version” (Brown y Barlow, 2014), la cual es una entrevista estructurada que permite diagnosticar la existencia de trastornos de ansiedad de acuerdo a los criterios y clasificación del DSM-5. También evalúa algunos trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente), trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno dismórfico corporal, trastorno de estrés postraumático, trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad y abuso de alcohol y otras sustancias. Además, incluye una serie de preguntas de cribado para indagar sobre la posible presencia de otros trastornos, como trastornos de la conducta alimentaria o trastornos psicóticos. Para su interpretación, el entrevistador hace uso de la escala CSR (Clinical Severity Rating), que evalúa el grado de interferencia vital que el trastorno tiene en la vida del sujeto así como el malestar que ello provoca. La puntuación va de 0 a 8, considerándose que a partir de 4 puntos hay un nivel clínico del problema, lo cual ayudará a decidir cuál o cuáles son los trastornos principales y también si existen trastornos adicionales. Esta entrevista ha mostrado en versiones anteriores unos buenos niveles de fiabilidad en la mayoría de los trastornos incluidos (Brown y Barlow, 2014).

6. Resultados de la evaluación y propuesta de intervención.

Una vez analizados los datos recogidos en la evaluación podemos decir que todas las hipótesis propuestas se han cumplido. Por un lado, los resultados obtenidos en los diferentes cuestionarios superan en todos los casos el punto de corte o en aquellos en los que no existe este son indicativos de una alta puntuación. En el RAS el cliente obtuvo -10 puntos, lo que significa que posee un bajo nivel de asertividad. En el cuestionario SIAS, la puntuación fue de 55, lo que demuestra que experimenta alta ansiedad ante las situaciones sociales que implican interaccionar con otras personas. Asimismo, el sujeto también presenta alto grado de ansiedad ante situaciones

de actuación u observación, tal y como queda reflejado en la puntuación obtenida en el *SPS*, que fue de 38. Los resultados del *SPAI-B* son congruentes con los anteriores, puesto que la suma total fue de 35,75 puntos, que podemos considerar indicativa de que el sujeto padece fobia social. Por otro lado, en el *BDI-II* obtuvo 24 puntos, por lo que presenta una sintomatología depresiva moderada. En cuanto al *PSWQ-11*, la puntuación total fue de 44, lo que indica la existencia de un alto nivel de preocupación. En cuanto a *ansiedad de actuación musical*, el cliente obtuvo 149 puntos en el *K-MPAI-R*, lo cual nos muestra que tiene unos niveles significativamente elevados.

Por otro lado, los resultados de la entrevista estructurada ADIS-5 confirmaron los obtenidos en los cuestionarios, al mismo tiempo que nos proporcionó más información vital para llevar a cabo el análisis funcional del caso y una correcta intervención. A continuación quedan reflejados en la tabla 1 los trastornos que, basándonos en la escala CSR consideramos que el paciente padece actualmente. En ella podemos ver que coexisten dos trastornos principales, pues serían los que mayor malestar e interferencia están generando en su vida, trastorno de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada. Asimismo, el sujeto presenta cuatro trastornos comórbidos, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno dismórfico corporal y fobia específica. Estos dos últimos no entrarán dentro de la intervención por no estar relacionados con su demanda inicial.

Tabla 1

Diagnóstico pre-evaluación de acuerdo al índice CSR

Trastornos de acuerdo a los criterios del DSM-5			Interferencia vital/malestar CSR (0-8)
Trastornos presentes	Trastornos principales	1. Trastorno de ansiedad social	7
		2. Trastorno de ansiedad generalizada	7
	Trastornos comórbidos	1. Trastorno depresivo mayor	6
		2. Trastorno depresivo persistente	6
		3. Trastorno dismórfico corporal	5
		4. Fobia específica: -A la oscuridad	5

-A un animal (avispa)	4
-A la sangre/inyecciones	4

Una vez terminado el proceso de evaluación se llevó a cabo el análisis funcional del caso (tabla 2), con el objetivo de plantear una intervención acorde a las necesidades del cliente. En él quedan recogidas las relaciones existentes entre las distintas variables antecedentes, presentes y pasadas, la sintomatología problemática que presenta y las consecuencias que estas provocan en su vida.

En cuanto a los antecedentes, encontramos tanto remotos como actuales, pudiendo ambos tener un papel en el inicio o mantenimiento de su problema. En cuanto a los antecedentes pasados, de la información que el cliente nos aporta se revela la existencia de variables psicológicas como timidez, perfeccionismo o baja tolerancia a la incertidumbre que pudieron actuar a modo de factores de riesgo junto a otros ambientales, como cambios frecuentes de centro escolar, o un ambiente familiar en el que se informa de una alta emoción expresada, tanto por una familia que exhibe alta exigencia y crítica, y en particular, sobreprotección por parte de la madre. Igualmente, es importante tener en cuenta en este caso que según el cliente los problemas que presenta se originaron cuando al comienzo de la adolescencia sufrió un episodio de bullying, pudiendo pues considerarlo como estímulo precipitante. Además, debido seguramente a la interacción de los factores de riesgo con la historia de bullying, como consecuencia presenta otras variables que también pueden actuar de antecedentes como baja autoestima. Del mismo modo, puede considerarse que están actuando a modo de antecedentes algunas emociones como ansiedad ante las situaciones sociales o tristeza, la cual desde que fue acosado se ha mantenido casi ininterrumpidamente. Como antecedentes actuales encontramos una alta carga de trabajo, debido a que compagina simultáneamente los estudios en el conservatorio y la facultad.

Respecto a la sintomatología que presenta, el componente cognitivo se caracteriza sobre todo por la existencia de gran parte del tiempo de pensamientos negativos, muchas veces irracionales. El contenido de los mismos suele tener que ver con preocupaciones por su futuro más próximo y su familia, pero sobre todo hacen referencia a sus estudios. Además, en situaciones concretas como es el caso de encontrarse en un contexto social estos tienen que ver con preocupación por no saber comportarse adecuadamente, no saber qué decir y que piensen mal de él, e igualmente cuando toca en público se preocupa sobre todo por cometer algún fallo y que lo valoren

negativamente. No obstante, en esta última situación también tiene pensamientos disruptivos sobre otros temas que le preocupan de su vida (por ejemplo, tener que entregar un trabajo). Las conductas problemáticas del sujeto son mayormente de evitación conductual, pues evita todas las situaciones sociales que puede, por ejemplo, rechaza propuestas de planes para salir (lo que ha hecho que se pierda muchos eventos a los que le habría gustado ir) o evita hablar con personas desconocidas. En cuanto a la situación de tocar en público, no la suele evitar pero la afronta con alto grado de ansiedad y malestar, al mismo tiempo que lleva a cabo conductas de seguridad como por ejemplo solo mirar al público una vez y en busca de gestos de aprobación u ocultarse en la parte de atrás del escenario cuando toca en grupo. A nivel fisiológico presenta taquicardias (no solo en caso de hallarse en la situación temida sino también al pensar la posibilidad de exponerse a la misma), tensión muscular y en concreto al tocar en público sobre todo temblores y ganas de orinar.

Las consecuencias que la sintomatología nombrada anteriormente tienen en su vida son las siguientes. En primer lugar, la evitación de las situaciones sociales provoca que el cliente cuente con una reducida red de apoyo social, lo que contribuye a la presencia de sintomatología depresiva que informa que se originó tras sufrir bullying, así como mayor ansiedad ante las situaciones sociales temidas al ser reforzada la conducta de evitación por el alivio que siente al no enfrentarlas. Por otro lado, los pensamientos de preocupación que tiene casi constantemente es probable que se deban al menos en parte a su intolerancia a la incertidumbre y su perfeccionismo, pues tiene la necesidad de controlarlo todo (no soporta no saber qué va a pasar) y que salga perfecto. Además, estos pensamientos disruptivos le interfieren para hacer las tareas, llevándole esto a perder más tiempo y a sentirse agotado del esfuerzo extra que supone, a la vez que exacerba la ansiedad. A la hora de tocar en público, tanto los pensamientos referentes a la actuación como a otros ámbitos de su vida también le impiden realizar una buena interpretación, pues no solo aumentan la ansiedad sino que disminuyen su concentración y atención. Estas últimas también son mermadas debido a que focaliza su atención en la sintomatología ansiosa (sobre todo en los temblores) y en estar pendiente de que la gente lo valore positivamente, lo cual a su vez también aumenta su activación. Asimismo, los problemas para conciliar el sueño son también debidos a la dificultad para detener los pensamientos de preocupación y al estado de activación en el que se encuentra. Por otro lado, su alto grado de perfeccionismo junto a la evitación de situaciones también refuerza que siga teniendo una baja autoestima, pues no tiene la

oportunidad de romper sus creencias sociales por un lado, y por otro su alto grado de exigencia hace que nunca realice las cosas tan bien como quisiera. Por último, como consecuencia de todo este aumento de la ansiedad empeora la sintomatología fisiológica, como la tensión muscular o los temblores, interfiriéndole mucho en la actuación.

Tabla 2

Análisis Funcional del caso

Antecedentes	Respuesta del sujeto	Consecuencias
<u>Variables psicológicas</u>	<u>Cognitiva</u>	• Dificultad para establecer nuevos vínculos de amistad y no fortalecimiento de amistades (escasa red de apoyo social) • Falta de reforzadores positivos • Baja autoestima
• Perfeccionismo • Baja tolerancia a la incertidumbre • Timidez • Introversión • Bajo nivel de HHSS • Alta ansiedad rasgo • Baja autoestima	• Pensamientos negativos en cuanto a situaciones sociales • Alto nivel de preocupación por distintos ámbitos de su vida • Foco atencional interno y externo	
<u>Variables ambientales</u>	<u>Fisiológica</u>	<u>Emociones</u>
• Familia exigente • Madre sobreprotectora • Cambios habituales de centro escolar • Alta carga de trabajo actual • Episodio de bullying (Estímulo precipitante)	• Temblores • Taquicardia • Tensión muscular • Ganas de orinar	• Miedo • Ansiedad • Agotamiento • Tristeza
<u>Situación desencadenante</u>	<u>Conductual</u>	<u>Fisiológica</u>
• Situaciones sociales (observación, interacción y tocar en público)	• Evitación de situaciones sociales • Retraimiento y conducta inhibida en situaciones sociales • Uso de conductas de seguridad en situaciones	• Temblores • Taquicardia • Tensión muscular • Insomnio • Ganas de orinar

<u>Emociones</u>	sociales
• Miedo, ansiedad, vergüenza y tristeza	

La intervención que se propone se ha hecho centrándonos en la demanda del cliente, por lo que se intervendrá en todos los aspectos que se considera que influyen en dicho problema, siendo además los que mayor interferencia vital le provocan. Asimismo, el programa de intervención llevado a cabo se eligió teniendo en cuenta las siguientes hipótesis de tratamiento:

- Si entrenamos al cliente en habilidades sociales, intentamos mejorar la autoestima, así como que se exponga a las situaciones sociales temidas su nivel de ansiedad ante las mismas disminuirá, así como la sintomatología depresiva al exponerse a situaciones gratificantes.
- Si aplicamos reestructuración cognitiva la cantidad de pensamientos disruptivos de preocupación así como pensamientos negativos concernientes a situaciones sociales se reducirán, y como consecuencia disminuirá la ansiedad y mejorará la calidad del sueño.
- Si le entrenamos en técnicas de relajación, la ansiedad y la tensión muscular descenderán.

Partiendo de lo anterior, los componentes que formaron parte del programa de intervención se basaron en el programa IAFS (*Intervención en Adolescentes con Fobia Social*), en su versión para jóvenes adultos (IJAFS; García-López, Ruíz et al., 2006). Este es un programa grupal e inicialmente desarrollado para adolescentes, que consta de 12 sesiones de 90 minutos una vez por semana, y está compuesto principalmente por entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva, trabajo de la autoestima y exposición. No obstante, lo adaptamos a las características y necesidades de nuestro cliente, por lo que se aplicó de manera individual y se le añadieron componentes adicionales, como otras actividades para trabajar la autoestima, técnicas de relajación, así como sesiones específicas sobre tocar en público.

7. Intervención

7.1. Objetivos y secuenciación

Los objetivos del programa de intervención fueron los siguientes:

- Reducir el nivel de ansiedad en situaciones sociales de interacción y observación, así como al tocar en público.
- Aminorar la sintomatología depresiva hallada en el cliente.

- Disminuir el nivel de preocupación (cantidad y falta de control de pensamientos disruptivos), y el número de pensamientos negativos relativos a situaciones sociales.
- Reducir la ansiedad y mejorar la calidad del sueño.
- Aumentar el nivel de habilidades sociales y la autoestima.

La secuenciación del programa de intervención sigue una serie de pasos. Sin embargo, es necesario aclarar que los distintos contenidos abordados se solapan a lo largo de las sesiones para adaptarse a los requerimientos del cliente. El orden de los contenidos de la intervención fue:

1. Psicoeducación
2. Autoestima
3. Reestructuración cognitiva
4. Entrenamiento en habilidades sociales (HHSS): Iniciar, mantener y finalizar conversaciones; Asertividad; Dar y recibir cumplidos; Hablar en público y tocar en público
5. Exposición
6. Activación conductual (AC): programación de actividades
7. Relajación: respiración y relajación muscular progresiva de Jacobson

7. 2. Programa de intervención.

Las sesiones tenían lugar una vez por semana y duraban aproximadamente 1,5 horas cada una. Al principio de cada sesión se hacía un repaso de cómo había ido la semana, y se revisaban las tareas (autorregistro, exposición...) que se le hubiese mandado al cliente la sesión anterior. A continuación describimos con más detalle cada una de las sesiones de intervención realizadas:

Sesión 1

Contenidos:

- Devolución del análisis funcional.
- Explicación de los objetivos de la terapia y la estructura de las sesiones.
- “Qué es la ansiedad y la ansiedad social”.

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación, autorregistro.

Descripción de la sesión: Primero se le devolvió la información obtenida en la evaluación, explicándole las variables que pueden estar implicadas en su problemática actual. Después se le explicó en qué consistiría la terapia, los objetivos de esta y cómo se estructurarían las sesiones. A

continuación se le dio la explicación del contenido “Qué es la ansiedad y ansiedad social”, y para terminar se le pusieron como tareas para casa una lectura de autoestima que debía leer e identificar de una lista: “qué cosas hago”, “por qué las hago”, y “consecuencias que tienen”.

Sesión 2

Contenidos:

- “Reestructuración cognitiva”.

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación, reestructuración cognitiva, autorregistro.

Descripción de la sesión: Primero se hizo un recordatorio de los contenidos vistos en la sesión anterior sobre ansiedad. Después se comentó la lectura de autoestima, analizando los puntos señalados por el cliente, para clarificar “qué cosas hace”, “por qué” y “cómo las puede cambiar”. Se prosiguió dando una explicación sobre las distorsiones cognitivas que podemos tener, y cómo detectar pensamientos negativos, diferenciando los racionales de los irracionales. Para practicar, se hizo un ejercicio en el que debía sustituir pensamientos irracionales que hubiese tenido por un pensamiento alternativo racional. Por último se le mandó un autorregistro de pensamientos (“qué pienso”, “sentimientos asociados al pensamiento” y “pensamiento alternativo”).

Sesión 3

Contenidos:

- “Iniciar y mantener conversaciones”.
- Ejercicio de autoestima: árbol de los logros.

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación, autorregistro, reestructuración cognitiva, entrenamiento en HHSS, role-playing, exposición.

Descripción de la sesión: Primero se repasaron los contenidos vistos la semana anterior, y se resolvieron dudas. Seguidamente se hizo un ejercicio de autoestima, que consistió en que debía dar una lista con cosas que hubiese conseguido hacer o superar en su vida. A continuación se expuso el contenido “Iniciar y mantener conversaciones”, y se propusieron ejemplos de cómo iniciar y mantener una conversación, escenificándose algunos en role-playing. Finalmente se le pusieron como tareas para casa continuar con el autorregistro de pensamientos y exponerse a situaciones sociales en las que debía iniciar conversaciones.

Sesión 4

Contenidos:

- “Iniciar, mantener y finalizar conversaciones”.

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento HHSS, role-playing, exposición, programación de actividades (AC).

Descripción de la sesión: Primero repasamos la primera parte del contenido “Iniciar y mantener conversaciones” y se enlazó con la explicación de la segunda parte “Iniciar, mantener y finalizar conversaciones”. Después se prosiguió con una actividad consistente en que se describían varios personajes y el cliente debía recordar información sobre ellos (con el objetivo de entrenarlo a prestar atención a lo que dice la gente en una conversación). Por último se simulaban varias situaciones con role-playing escenificando cómo iniciar, mantener y finalizar una conversación, y se le pusieron de tareas para casa dar alternativas racionales a pensamientos irracionales distractores, e iniciar y mantener conversaciones en la vida real. También se programaron actividades con una lista que él mismo hizo de cosas que le gustaría hacer como pasear a diario.

Sesión 5

Contenidos:

- “Qué es la ansiedad” e “Iniciar y mantener conversaciones”.
- Entrenamiento en relajación: Respiración.

Técnicas utilizadas:

- Técnica de relajación: respiración, psicoeducación, entrenamiento HHSS, exposición, refuerzo positivo, programación de actividades (AC).

Descripción de la sesión: Primero se hizo un recordatorio sobre cómo funciona la ansiedad, su papel en lo que le ocurre y cómo romper el círculo vicioso, resaltando la importancia de salir de la zona de confort (acabar con la evitación conductual). A continuación, se le enseñó la técnica de relajación mediante respiración, y seguidamente se hizo un breve repaso sobre los pasos a seguir a la hora de iniciar una conversación. Finalmente, con la ayuda de tres cooterapeutas, el cliente se expuso en vivo a iniciar y mantener una conversación con cada uno, dándole al acabar el feedback correspondiente. Como tareas para casa se le mandó practicar el ejercicio de respiración antes de dormir, iniciar y mantener conversaciones con personas con las que no hubiese hablado hasta el momento y mantener su paseo diario.

Sesión 6

Contenidos:

- Sesión de repaso.

Técnicas utilizadas:

- Refuerzo positivo, psicoeducación, programación de actividades (AC).

Descripción de la sesión: Se le reforzaron los avances conseguidos, y se volvió a hacer un repaso global de los contenidos vistos desde el principio de la terapia. Por último, como tareas para casa se le mandó seguir practicando el ejercicio de respiración antes de dormir y empezar a aplicarlo también en situaciones de estrés. También se le animó a iniciar conversaciones y empezar a proponer planes a amigos para así retomar amistades.

Sesión 7

Contenidos:

- “Asertividad”.

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación, entrenamiento HHSS, role-playing, refuerzo positivo, exposición, programación de actividades (AC).

Descripción de la sesión: Primero se dio feedback positivo del avance, y a continuación se explicó el contenido “Asertividad”. Después se pusieron ejemplos de situaciones y se simularon algunas en un role-playing. Como tareas para casa se le dijo que debía seguir teniendo conversaciones, aplicar también lo aprendido en asertividad en algunas situaciones de su vida, hacer planes con amigos y seguir practicando la respiración.

Sesión 8

Contenidos:

- Autoestima.

Técnicas utilizadas:

- Refuerzo positivo.

Descripción de la sesión: Primero se volvió a comentar la lectura de autoestima y se analizó si había habido avance en los distintos puntos. A continuación se hizo un ejercicio, que consistió en que el cliente debía hacer una lista con cualidades suyas tanto físicas como de personalidad. Como tareas para casa, se le mandó añadir más cualidades a su lista, además de seguir trabajando lo visto en las sesiones anteriores.

Sesión 9

Contenidos:

- “Asertividad”.

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación, entrenamiento HHSS, role-playing, refuerzo positivo, exposición.

Descripción de la sesión: Primero se hizo un repaso del avance en las distintas tareas y se le dio feedback. Después recordamos los contenidos vistos en la sesión de “Asertividad”, y se llevó a cabo un role-playing de distintas situaciones donde debía decir qué respuesta daría, si era asertiva, y en caso de no serlo dar una opción alternativa que sí lo fuera. Después tuvo que recordar situaciones reales donde le hubiese gustado defender sus derechos o decir que no, e inventar dicha respuesta asertiva. Por último, como tareas para casa debía intentar solucionar un problema que nos refirió de una forma asertiva, y continuar avanzando en el resto de actividades.

Sesión 10

Contenidos:

- “Iniciar y mantener conversaciones” y “Asertividad”.
- Autoestima.

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación, entrenamiento HHSS, role-playing, reestructuración cognitiva.

Descripción de la sesión: Primero se pusieron ejemplos reales de la vida del cliente en los que podría haber iniciado conversaciones o responder de una manera asertiva, y a continuación se escenificaron algunos en role-playing. Después se volvieron a repasar los puntos de la lectura de autoestima para ver el avance, y se llevó a cabo de nuevo el ejercicio de nombrar cualidades, para lo cual se intentó flexibilizar mentalmente al cliente (puesto que tenía unos pensamientos muy rígidos sobre cómo debe ser uno para considerar que tiene una cualidad). Una vez nombradas algunas cualidades se llevó a cabo otro ejercicio en el que el cliente debía decir la frase: “Yo soy”... o “yo tengo”... y el terapeuta responder: “Si, tú eres”... o “si, tú tienes”... y a continuación dar las gracias. Como tareas para casa se le pidió que nombrase tres cualidades, y continuar avanzando en el resto de actividades.

Sesión 11

Contenidos:

- “Dar y recibir cumplidos”.

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación, entrenamiento HHSS, reforzamiento positivo.

Descripción de la sesión: Primero se hizo un repaso de “Asertividad” y se analizaron algunas conductas del cliente durante la última semana, reforzándole en el caso de que hubiesen sido asertivas. Después se le explicó el contenido “Dar y recibir cumplidos” y se llevó a cabo una actividad en la que debía aceptar una serie de cumplidos y dar las gracias. Por último, como tareas para casa aparte de continuar con el resto de actividades, empezar a aceptar los cumplidos por parte de los demás.

Sesión 12

Contenidos:

- “Cómo establecer amistades”.

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación, role-playing, programación de tareas (AC).

Descripción de la sesión: Primero se revisó el avance en los distintos contenidos vistos en las sesiones, y si había empezado a aceptar cumplidos. Se hizo un repaso de la sesión anterior, y se dio una nueva explicación “Cómo establecer amistades”. Después de la explicación se pidió al cliente que diese ejemplos de situaciones propicias para hacer amigos, y en role-playing se representaron algunos ejemplos de cómo se llevaría a cabo. Como tareas para casa se le mandó continuar avanzando en el resto de contenidos vistos, y comenzar a practicar los de las últimas sesiones. Continuar proponiendo planes a amigos, y atreverse a proponer alguno a la gente con la que ha empezado a hablar de clase.

Sesión 13

Contenidos:

- “Cómo establecer y mantener amistades”.
- Autoestima.

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación, entrenamiento HHSS, role-playing, programación de actividades (AC).

Descripción de la sesión: Primero se hizo un repaso del contenido de la sesión anterior y seguidamente se continuó con la explicación del contenido “Cómo mantener amistades”. Después, se pidió al cliente que propusiera distintas situaciones en las que podría conocer gente, y se practicó mediante role-playing cómo podría iniciar amistades en esos contextos, así como

posteriormente cómo mantener dichas amistades. Como tareas para casa, aparte de continuar con el resto de actividades relacionadas con los contenidos vistos, intentar fortalecer sus amistades quedando más veces o al menos llamándolas.

Sesión 14

Contenidos:

- “Hablar en público”.
- Autoestima.

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación, entrenamiento HHSS, refuerzo positivo.

Descripción de la sesión: Primero se explicó el contenido “Hablar en público”, y después se llevó a cabo una actividad de autoestima, que consistió en pensar 3 cosas que hubiese conseguido últimamente en cuanto a relaciones sociales, y se dio feedback del avance. Por último, como tareas para casa se le instó a continuar avanzando en los diferentes aspectos vistos en terapia, haciendo hincapié en el tema de la autoestima.

Sesión 15

Contenidos:

- “Tocar en público”.
- “Qué es la ansiedad”.

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento HHSS, exposición.

Descripción de la sesión: Primero se repasaron los aspectos vistos en la sesión anterior de “Hablar en público”. Seguidamente se recordó al paciente la explicación cuando se le devolvió el análisis funcional sobre cómo actúan los distintos componentes (pensamientos, emociones, conductas) en la ansiedad que siente al tocar en público, y se hizo una lista de cada uno de ellos para identificarlos mejor, y ayudar a que sea consciente de lo que hace. A continuación se recordó el modelo de la ansiedad y su papel en esta problemática, con el objetivo de que empezara a normalizarla y dejase de intentar controlarla (síntomas fisiológicos). Las tareas para casa consistieron en intentar identificar lo que hace al exponerse a tocar en público e ir dejando de focalizar la atención en la ansiedad, sobre todo los temblores.

Sesión 16

Contenidos:

- “Tocar en público”.

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento HHSS, exposición.

Descripción de la sesión: Se hizo un repaso sobre la ansiedad y los síntomas fisiológicos al tocar en público, y después se habló sobre la focalización de la atención, instándole a que esta no se centre en sus sensaciones (sobre todo temblor), ni en los pensamientos disruptivos, así como en buscar muestras de aprobación en el público. También se habló sobre otros aspectos que deben tenerse en cuenta en la actuación, como la postura o la mirada. Como tareas para casa debía ir aplicando lo visto en la sesión y en concreto al exponerse ir reduciendo conductas de seguridad, como por ejemplo ir mirando durante más segundos al público, ir acercándose más al borde del escenario... así como realizar una exposición con foco atencional, es decir, centrar su atención en tocar.

Sesión 17

Contenidos:

- “Tocar en público”.
- Relajación muscular progresiva de Jacobson.

Técnicas utilizadas:

- Relajación muscular progresiva de Jacobson, entrenamiento HHSS, exposición.

Descripción de la sesión: Primero se hizo un repaso de los contenidos vistos la sesión anterior y se le reforzó por los avances obtenidos. Después se le enseñó a practicar la relajación muscular progresiva. Como tareas para casa, continuar aplicando lo hablado en las sesiones a la hora de exponerse a tocar en público, e ir exponiéndose focalizando la atención en tocar, así como ir reduciendo las conductas de seguridad. Asimismo, se le pidió que practicara la relajación muscular e intentase ser consciente de cuándo está tenso en situaciones ansiógenas, sobre todo antes de salir a tocar.

Sesión 18

Contenidos:

- “Tocar en público”.
- Repaso final.

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición, programación de actividades (AC), relajación (respiración y muscular).

Descripción de la sesión: En esta sesión se volvieron a repasar todos los aspectos relacionados con la ansiedad a tocar en público, reforzando los avances logrados y motivándole para continuar. Como tareas hasta la primera sesión de seguimiento se le animó a seguir practicando todo lo visto a lo largo de la intervención: sustituir pensamientos irracionales por otros más realistas, practicar la respiración y la relajación muscular, ir realizando cada vez más actividades que le resulten gratificantes, como continuar con los paseos y quedando con amigos (AC), exponerse a nuevas situaciones sociales (teniendo en cuenta todo lo trabajado sobre HHSS) y seguir trabajando la autoestima. En cuanto a la situación de tocar en público se le recomendó seguir exponiéndose, evitar llevar a cabo conductas de seguridad y focalizar su atención en tocar.

8. Resultados de la intervención

Una vez finalizado el programa de intervención se llevó a cabo una post-evaluación en la que se aplicaron de nuevo los cuestionarios y la entrevista ADIS-5, con el propósito de comprobar si se cumplieron los objetivos previstos. Para empezar, en ningún cuestionario se sobrepasa el punto de corte, mostrando pues una mejora respecto a la pre-evaluación. En el *BDI-II*, el cliente obtuvo 15 puntos frente a los 24 previos, pasando de sintomatología depresiva moderada a leve. Aunque hay que decir que algunos ítems en los que puntúa alto no demuestran sintomatología depresiva. Por ejemplo, dice que ahora duerme mucho más, pero es resultado de una mejora en sus problemas para conciliar el sueño. Por otro lado, la puntuación del *SPAI-B* pasó de 35,75 a 22,2, por lo que podemos decir que se ha reducido la gravedad de la sintomatología de fobia social. Asimismo, las puntuaciones del *SIAS* y del *SPS* respectivamente fueron 24 y 23, cuando antes de la intervención eran de 55 y 38, de lo que se desprende una disminución de la ansiedad ante situaciones sociales de interacción y observación. Respecto al *RAS*, se observa un incremento del nivel de asertividad, siendo ahora la puntuación de 14, frente a -10 de la pre-evaluación. Por otro lado, en el *PSWQ-11*, obtuvo 28 puntos, que indican un nivel moderado de preocupación, frente a 44 que mostraban un nivel alto. Y finalmente, en el *K-MPAI-R*, pasó de puntuar 149 a 76, con lo cual podemos observar que la *ansiedad de actuación musical* se ha reducido considerablemente. La comparación entre los resultados de los cuestionarios de la pre-evaluación y la post-

evaluación podemos observarla gráficamente en la figura 1.

A continuación se le pasó la entrevista ADIS-5, cuyos índices de interferencia vital y malestar de los diferentes trastornos de acuerdo a la escala CSR pueden verse en la tabla 3. Coherente a los resultados de los cuestionarios, la sintomatología así como el grado de interferencia que le produce en su vida muestran una mejora en aquellos trastornos que formaron parte de los objetivos de la intervención, así como en el trastorno dismórfico corporal. De esta forma, encontramos que el trastorno de ansiedad generalizada se encuentra ahora a un nivel subclínico, habiendo remitido el trastorno depresivo mayor y el depresivo persistente, y aunque el trastorno de ansiedad social y el dismórfico corporal se mantienen a nivel clínico han bajado tres y un puntos respectivamente en cuanto a la pre-evaluación. En la figura 2 podemos apreciar la diferencia entre el índice CSR de la pre-evaluación y la post-evaluación de los diferentes trastornos que han formado parte de la intervención, así como del trastorno dismórfico corporal.

Tabla 3

Diagnóstico post-evaluación de acuerdo al índice CSR

Trastornos de acuerdo a los criterios del DSM-5			Interferencia vital/malestar CSR (0-8)
Trastornos presentes	Trastornos principales	1. Trastorno de ansiedad social	4
		2. Trastorno de ansiedad generalizada	3
	Trastornos comórbidos	3. Trastorno depresivo mayor	X
		4. Trastorno depresivo persistente	X
		5. Trastorno dismórfico corporal	4
		6. Fobia específica:	
		-A la oscuridad	5
		-A un animal (avispas)	4
		-A la sangre/inyecciones	4

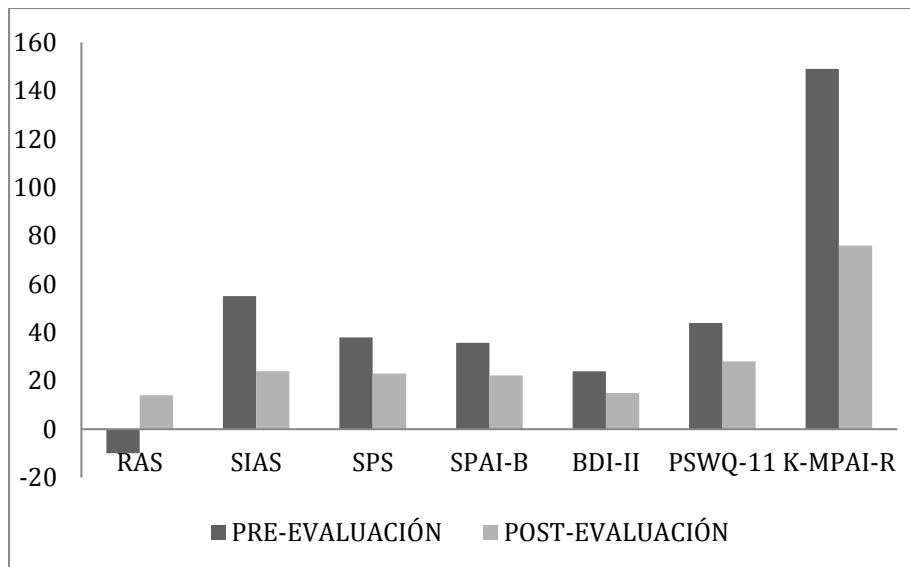


Figura 1. Gráfica comparativa de los resultados de los cuestionarios de la pre-evaluación y la post-evaluación.

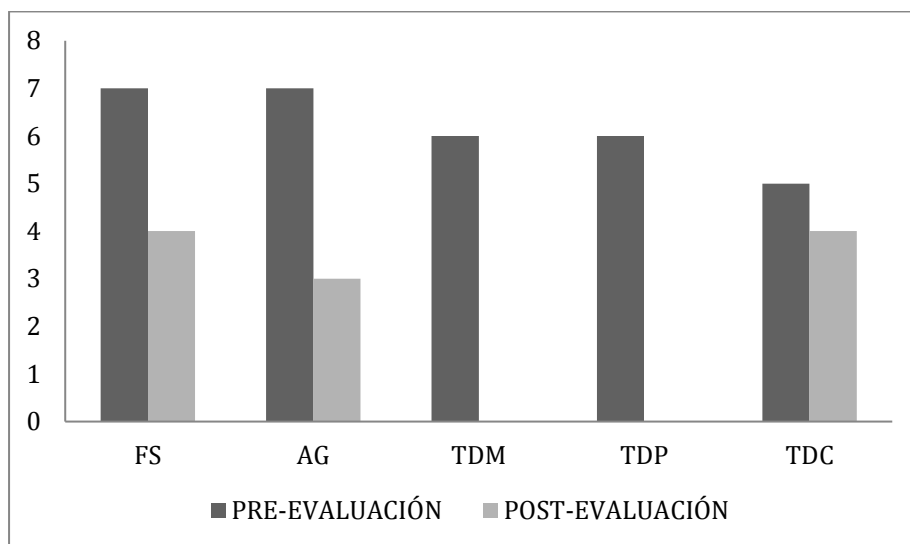


Figura 2. Gráfica que compara el índice CSR de la pre-evaluación y la post-evaluación de los trastornos intervenidos así como del trastorno dismórfico corporal.

9. Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se han confirmado tanto nuestras hipótesis de evaluación como las de intervención. Por un lado, el sujeto puntuaba alto en la sintomatología que esperábamos, *ansiedad de actuación musical*, así como en ansiedad ante situaciones de interacción y observación, cumpliendo finalmente los criterios de fobia social. Asimismo,

también se ha identificado la existencia de otros trastornos de ansiedad, así como del estado de ánimo, que de acuerdo a la literatura científica tienen una alta comorbilidad con el trastorno de ansiedad social. Igualmente, también resulta digno de mención el hecho de que el episodio de bullying desencadenara las problemáticas que refiere el cliente, pues como hemos visto, de acuerdo a diversos estudios parece ser una variable de riesgo para padecer posteriormente fobia social. Del mismo modo, hablando con el cliente también se pudieron evaluar la presencia de otras variables que correlacionan con TAS, coincidiendo además que algunas de las mismas también parecen ser características propias de los músicos, como por ejemplo perfeccionismo o baja autoestima, relacionándose estas últimas a su vez con niveles elevados de *ansiedad de actuación musical*. Además, también presenta dolor muscular, trastorno físico muy común entre esta población, resaltando también el hecho de que es guitarrista, instrumentistas que según estudios parecen presentar características como mayor introversión respecto a otros músicos. Todo lo mencionado resulta interesante para tenerlo en cuenta en la evaluación de casos como este. Por otro lado, las hipótesis que se hicieron respecto a la intervención también han sido confirmadas, dado que como se creía, interviniendo sobre ciertas variables la sintomatología del cliente ha mejorado, cumpliéndose así los objetivos de la terapia. Los resultados muestran una disminución de la sintomatología depresiva, así como una bajada de los niveles de ansiedad social en todas las áreas afectadas (situaciones de interacción, observación y actuación), y de la cantidad de pensamientos negativos disruptivos y la ansiedad que estos le provocaban. Asimismo, ha mejorado la calidad del sueño y tenemos muestras de que han aumentado los niveles de habilidades sociales y autoestima. Aunque hay que decir que esta última parece ser la que menor mejora ha tenido. Respecto al progreso del cliente a lo largo de la intervención, señalar que al principio tardó bastante en comenzar a llevar a cabo las tareas que se le mandaban para casa, por lo que con los primeros contenidos hubo que aumentar el número de sesiones. No obstante, una vez comenzó a hacer progresos de lo que se le indicaba empezó a mejorar notablemente. Por otro lado, pese a no formar parte de los trastornos objetivo de la intervención, el trastorno dismórfico corporal también muestra una mejora, probablemente debido a que lo trabajado en la intervención ha incidido indirectamente en el mismo. Por último, decir que en cuanto a la fobia específica, como es lógico puesto que no formó parte del programa de intervención, no ha habido cambios en cuanto a la pre-evaluación. No obstante, una vez finalizado este programa se empezará a intervenir de manera específica tanto en el trastorno

dismórfico corporal como en fobia específica, al mismo tiempo que se llevará a cabo un seguimiento del resto de los aspectos sí abordados durante la intervención.

10. Referencias

- Allen, R. (2011). Free improvisation and performance anxiety among piano students. *Psychology of Music*, 41(1), 75-88.
- Antona, C. J., Delgado, M. C., García, L. J., y Estrada, B. (2012). Adaptación transcultural de un tratamiento para la fobia social: un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 35-48.
- Antony, M. M. y Rowa, K. (2008). *Social Anxiety Disorder*. USA: Hogrefe.
- Arnaiz, M. (2015). *La interpretación musical y la ansiedad escénica: validación de un instrumento de diagnóstico y su aplicación en los estudiantes españoles de Conservatorio Superior de Música*. (Tesis de doctorado). Universidad de La Coruña, La Coruña.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*, Madrid: Editorial Médica Panamericana. (Trabajo original publicado en 2013).
- Ballester, J. (2015). *Un estudio de la ansiedad escénica en los músicos de los conservatorios de la Región de Murcia*. (Tesis de doctorado). Universidad de Murcia, Murcia.
- Barbar, A. E. M. , Crippa, J. A. S., y Osorio, F. L. (2014). Kenny Music Performance Anxiety Inventory (KMPAI): transcultural adaptation for Brazil and study of internal consistency. *Journal of Depression and Anxiety*, 3(4).
- Binelli, C., Ortiz, A., Muñiz, A., Gelabert, E., Ferraz, L., Filho, A. S., ... Martín-Santos, R. (2012). Social Anxiety and negative early life events in university students. *Revista Brasileña de Psiquiatría*, 34(1), 69-80.
- Brown, T. A. and Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5)*. USA: Oxford.
- Bravo, M. A. y Padrós, F. (2014). Modelos explicativos de la fobia social: una aproximación cognitivo-conductual. *Uaricha*, 11(24), 134-147.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobbles, J. A. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B. y Guillén, J. L. (2010). Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 18(2), 259-276.

- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, 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.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Olivares, P., Irurtia, M. J. Olivares, J. y Toledo, R. (2014). Evaluación de las habilidades sociales: Estructura factorial y otras propiedades psicométricas de cuatro medidas de autoinforme. *Psicología Conductual*, 22(3), 375-399.
- Calderero, M., Salazar, I. C., y Caballo, V.E. (2011). Una revisión de las relaciones entre el acoso escolar y la ansiedad social. *Psicología Conductual*, 19(2), 393-419.
- Carleton, R. N., Thibodeau, M. A., Weeks, J. W., Teale, M. J. N., Mc Evoy, P. M., Horswill, S. C. y Heimberg, R. G. (2014). Comparing short forms of the social interaction anxiety scale and the social phobia scale. *Psychological Assessment*, 26(4), 1116-1126.
- Clason, J., Johansson, F., y Mörtberg, E. (2015). Individual Cognitive Therapy for Professional Actors with Performance Anxiety. *Annals of Depression and Anxiety*, 2(6).
- Çeçen-Erogul, A. R. y Zengel, M. (2009). The effectiveness of an assertiveness training programme on adolescent's assertiveness level. *Elementary Education Online*, 8(2), 485-492.
- Cederlund, R. (2013). *Social anxiety disorder in children and adolescents: assessment, maintaining factors, and treatment*. (Tesis de doctorado). Universidad de Estocolmo, Suecia.
- Ciurana, M. R. (2016). *Aspectos físicos y psicológicos del músico pianista*. (Tesis de doctorado). Universidad de Alicante, Alicante.
- Dalia, G. (2015). Musicorexia. La adicción de los músicos a la actividad musical. Un estudio de la personalidad del músico. (Tesis de doctorado). Universidad politécnica de Valencia, Valencia.
- Díaz-Morales, J. F., Nieto-Márquez, N. y Sánchez-Beleña, F. (2013). Dedicación a la música: estado de ánimo y satisfacción vital. *Edupsykhé*, 12(1), 57-75.
- Gantiva, C., Toro, R., Ballesteros, L., Salcedo, D., Vargas, R., Gutiérrez, Y. y Montes, K. (2012). Atención y motivación ante estímulos afectivos en personas con ansiedad social. *Revista CES Psicología*, 5(2), 79-87.
- García-López, L. J. (2013). *Tratando Trastorno de Ansiedad Social*. Madrid: Pirámide.
- García-López, L. J., Irurtia, M. J., Caballo, V. E. y Díaz-Castela, M. M. (2011). Ansiedad social y abuso psicológico. *Psicología Conductual*, 19(1), 223-236.
- García-López, L. J., Beidel, D., Muela-Martinez, J. A., y Espinosa-Fernandez, L. (en prensa).

Optimal cut-off score of Social Phobia and Anxiety Inventory-Brief form. *European Journal of Psychological Assessment*.

- García-López, L. J., Bonilla, N. y Muela-Martínez, J. A. (2016). Considering comorbidity in adolescents with Social Anxiety Disorder. *Psychiatry Investigación*, 13(5), 574-576.
- Gómez-Ortiz, O., Casas, C. y Ortega-Ruiz, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Psicología Conductual*, 24(1), 29-49.
- Gómez, R. y Watson, S. D. (2017). Confirmatory Factor Analysis of the Combined Social Phobia Scale and Social Interaction Anxiety Scale: Support for a Bifactor Model. *Frontiers in Psychology*, 8:70.
- Hodson, K. J., McManus, F. V., Clark, D. M. y Doll, H. (2008). Can Clark and Wells' (1995) Cognitive Model of Social Phobia be Applied to Young People? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 449-461.
- Ioannou, C. I. y Altenmüller, E. (2014). Psychological characteristics in musician's dystonia: A new diagnostic classification. *Neuropsychologia*, 61, 80-88.
- Kaspersen, M., y Götestam, K. G. (2002). Estudio de la ansiedad producida por la actuación entre los estudiantes de música noruegos. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 16(2), 73-86.
- Kaur, J. y Singh, S. (2016). Neuromuculoskeletal problems of upper extremities in musicians: A literatura review. *International Journal of Therapies and Rehabilitation Research*, 5(2), 14-18.
- Kenny, D. T., Davis, P., y Oates, J. (2004). Music performance anxiety and occupational stress amongst opera chorus artists and their relationship with state and trait anxiety and perfectionism. *Journal of anxiety disorders*, 18(6), 757-777.
- Kenny, D. y Ackermann, B. (2015). Performance-related musculoskeletal pain, depression and music performance anxiety in profesional orchestral musicians: A population study. *Psychology of Music*, 43(1), 43-60.
- Kimbrel, N. A. (2008). A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review*, 28, 592-612.
- Langendörfer, F., Hodapp, V., Kreutz, G., y Bongard, S. (2006). Personality and performance anxiety among professional orchestra musicians. *Journal of Individual Differences*, 27(3), 162-171.
- Lemos, V. (2000). Rasgos de personalidad asociados a la ejecución de determinados instrumentos musicales. *Interdisciplinaria*, 17(1), 1-20.

- Martínez, P. y Torres, H. (2011). La música y la personalidad: factores sociodemográficos y culturales relacionados. *Revista chilena de neuropsicología*, 6(2), 119-124.
- Nicholson, D. R., Cody, M. W. y Beck, J. G. (2014). Anxiety in musicians: On and off stage. *Psychology of Music*, 1(12).
- Olivares, J., y Caballo, V. E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11(3), 483-515.
- Olivares, J., García-López, L. J., y Hidalgo, M. D. (2001). The social phobia scale and the social interaction anxiety scale: factor structure and reliability in a Spanish-speaking population. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 19, 69-80.
- Olivares, J., Olivares-Olivares y P. J., Macia, D. (2014). Entrenamiento en habilidades sociales y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicología Conductual*, 22(3), 441-459.
- Osborne, M. S. (2016). Psychological skills to support performance under pressure. En Mornell A. (ed.), *Art in Motion III: Performing under pressure* (pp. 93-114). Nueva York: Peter Lang.
- Osborne, M. S., y Kenny, D. T. (2008). The role of sensitizing experiences in music performance anxiety in adolescent musicians. *Psychology of Music*, 36(4), 447-462.
- Papageorgi, P., Creech, A. y Welch, G. (2011). Perceived performance anxiety in advanced musicians specializing in different musical genres. *Psychology of Music*, 41(1), 18-41.
- Papageorgi, L., Hallam, S., y Welch, G. F. (2007). A conceptual framework for understanding musical performance anxiety. *Research Studies in Music Education*, 28, 83-107.
- Peña-Salas, G. F., Bareño, J., Berbesi, D. Y. y Gaviria, S. L. (2014). Prevalencia de abuso y dependencia de alcohol en adultos con fobia social en Medellín. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(2), 66-72.
- 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.
- Polo, M. I., León, B., Gómez, T., Palacios, V. y Fajardo, F. (2013). Estilos de socialización en víctimas de acoso escolar. *European Journal of Investigation in Health*, 3(1), 41-49.
- 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.
- Robson, K. E. y Kenny, D. T. (2017). Music performance anxiety in ensemble rehearsals and concerts: A comparison of music and non-music major undergraduate musicians. *Psychology of Music*, 1(18).

- 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.
- Sandin, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 107-122.
- 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., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., y García-Vera, M. P. (2013). Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del “Inventario de Depresión de Beck-II”(BDI-II). *Psicología conductual*, 22(1), 37.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Soria-Urios, G., Duque P, García-Moreno J. M. (2011). Música y cerebro: fundamentos neurocientíficos y trastornos musicales. *Revista de Neurología*, 52(1), 45-55.
- Yoshie, M., Shigemazu, K., Kudo, K. y Ohtsuki, T. (2009). Effects of state anxiety on music performance: relationship between the Revised Competitive State Anxiety Inventory-2 subscales and piano performance. *Musicae Scientiae*, 13(1), 55-84.
- Zahal, O. (2016). Musical performance anxiety and the relationship between learning styles and the instrument and singing fields. *Educational Research and Reviews*, 11(8), 791-803.
- Zarza, F. J., Casanova, O. y Orejudo, J. (2016a). Ansiedad escénica y constructos psicológicos relacionados. Estudiantes de cinco conservatorios de música españoles. *Revista Internacional de Educación Musical*, 4.
- Zarza, F. J., Casanova, O. y Orejudo, S. (2016b). Estudios de música en los conservatorios superiores y ansiedad escénica en España. *Revista Electrónica Complutense de Investigación en Educación Musical*, 13.
- Zarza, F. J., Casanova, O., y Orejudo, S. (2016). Ansiedad escénica en estudiantes de piano. *Ulu: revista científica sobre la imaginación*, 1, 28-35.
- Zarza-Alzugaray, F. J., Casanova-López, O., y Robles-Rubio, J. E. (2016). Relación entre ansiedad escénica, perfeccionismo y calificaciones en estudiantes del Título Superior de

Música. *ReiDoCrea*, 5, 16-21.

Zarza, F. J., Casanova, O., y Orejudo, S. (2015). Ansiedad escénica en estudiantes de instrumentos de cuerda en España. Variables de afrontamiento y pedagógicas explicativas. *Revista Internacional de Investigación e Innovación en Didáctica de las Humanidades y las Ciencias*, (2), 57-72.

Zarza, F. J., Orejudo, S., Casanova, O. y Mazas, B. (2016). Kenny Music Performance Anxiety Inventory: Confirmatory factor analysis of the Spanish version. *Psychology of Music*, 44(3), 340-352.