



**Universidad
Europea** MADRID

**Efecto de una intervención basada en la Terapia
Cognitivo-Conductual y la Terapia de Aceptación
y Compromiso para el miedo a hablar en público
en estudiantes universitarios**

Máster en Psicología General Sanitaria

Alumno: David García de la Torre García
Tutor: Alberto Bellido Esteban

Junio 2022

Campus Villaviciosa de Odón

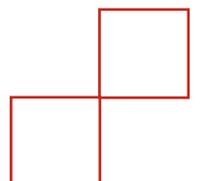
Campus Alcobendas

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón Avenida Fernando Alonso, 8

28670 Madrid

28108 Madrid

universidadeuropea.com



Resumen

El miedo a hablar en público (MHP) es frecuente en personas que sufren ansiedad social. El MHP se manifiesta en tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor. La presente investigación enfatiza cómo el sistema motor de respuesta influye negativamente en la tarea de hablar en público en estudiantes con ansiedad social significativa. **Objetivo:** Conocer la eficacia que tiene un programa de intervención breve (seis sesiones), que combina la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), para reducir la conducta motora del MHP en estudiantes de la Universidad Europea de Madrid (UEM) con ansiedad social significativa. **Metodología:** Con un diseño experimental se pretende explorar la relación existente entre un programa de intervención y la disminución de la conducta motora del MHP. Las personas participantes (N=24) son estudiantes de la UEM con ansiedad social significativa. Se utilizaron diversos instrumentos para evaluar variables relacionadas con el MHP. Cada participante realizó una exposición de 12 minutos antes de recibir la intervención para evaluar su desempeño conductual en una tarea de hablar en público. Se llevó a cabo un programa de intervención combinado en la ACT y la TCC para, posteriormente, evaluar una exposición post intervención de cada participante. Se realizará un seguimiento a los tres meses. **Resultados:** Se encontraron diferencias significativas en la conducta motora de hablar en público entre las exposiciones pre y post intervención. Asimismo, se obtuvo un tamaño del efecto medio. **Conclusiones:** El programa de intervención aplicado es eficaz para reducir la conducta motora del MHP.

Palabras clave: Conducta motora, estudiantes universitarios, fobia social, miedo a hablar en público, rendimiento académico, Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Cognitivo-Conductual, trastorno de ansiedad social.

Abstract

Public speaking anxiety (PSA) is common in people who suffer from social anxiety. The PSA manifests itself in three response systems: cognitive, physiological and motor. This research emphasizes how the motor response system affects in the public speaking task in students with significant social anxiety. **Objective:** The main objective of the study is to know the effectiveness of a brief intervention program (six sessions), which combines Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Cognitive-Behavior Therapy (CBT), to reduce the motor behavior of the PSA in students from the European University of Madrid (UEM) with significant social anxiety. **Methodology:** With an experimental design, it is intended to explore the relationship between an intervention program and the decrease in motor behavior of the PSA. The participants (N=24) are UEM students with significant social anxiety. Different instruments were used to assess variables related to PSA. Each participant completed a 12 minutes exposure prior to receiving the intervention to assess her behavioral performance on a public speaking task. A combined intervention program in ACT and CBT was carried out to subsequently evaluate the post-intervention exposure of each participant. A follow-up will be carried out at three months. **Results:** Significant differences were found in public speaking motor behavior between pre- and post-intervention exposures. Likewise, a medium effect size was obtained using Cohen's d. **Conclusions:** The applied intervention program is effective in reducing the motor behavior of the PSA.

Keywords: Academic performance, Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, college students, fear of public speaking, motor behavior, non-verbal behavior, social anxiety disorder, social phobia.



Índice

1.	Introducción.....	6
1.1	Conceptualización de la ansiedad y del trastorno de ansiedad social	6
1.2	Modelos explicativos de la fobia social	10
1.3	Conceptualización del miedo a hablar en público.....	12
1.4	Intervención en el miedo a hablar en público	14
1.5	Justificación del estudio.....	16
1.6	Objetivos e hipótesis	17
2.	Materiales y métodos.....	18
2.1	Diseño de la investigación	18
2.2	Muestra.....	18
2.3	Instrumentos	19
2.4	Procedimiento	22
2.5	Análisis estadístico.....	27
3.	Resultados	28
4.	Discusión.....	32
4.1	Limitaciones del estudio	36
4.2	Líneas futuras de investigación	37
4.3	Conclusiones	38
5.	Referencias bibliográficas	40
6.	Anexos	48

Índice de tablas

Tabla 1.....	7
Tabla 2.....	9
Tabla 3.....	28
Tabla 4.....	30
Tabla 5.....	30
Tabla 6.....	31

1. Introducción

1.1 Conceptualización de la ansiedad y del trastorno de ansiedad social

La ansiedad, según Ponce-Alencastro et al. (2021), es un mecanismo de defensa inherente a la vida de las personas, cuyo fin es favorecer la adaptación al medio en el que vivimos. A su vez, afirma que la ansiedad tiene matices de carácter subjetivos que pueden causar malestar (físico y psicológico), preocupación y sufrimiento. Los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres, llegando casi a duplicar las cifras a nivel mundial (4,6% frente a un 2,6%) (OPS, 2017).

Según un estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), publicado en junio de 2021, la prevalencia de trastornos de ansiedad en algunos países se ha duplicado desde el inicio de la COVID-19, llegando incluso a revelar, a través de una encuesta, que al menos un 10% de las personas adultas han experimentado estrés o ansiedad. Además, la OCDE (2021) sugiere que la salud mental y las cifras de ansiedad en jóvenes se han visto afectadas de un modo desmesurado.

Dentro de los trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad social (TAS) o fobia social (FS) es un problema muy extendido en la actualidad. Estudios epidemiológicos evidencian que la FS suele iniciarse en la etapa infanto-juvenil y que presenta un curso crónico si no es tratado a tiempo, ya que diversas investigaciones señalan que niños de tan sólo ocho años de edad ya cumplen criterios diagnósticos para este trastorno, y es en la adolescencia cuando se produce un incremento del temor a la evaluación social (García, 2013).

Según Stein et al. (2017), la tasa de prevalencia del TAS está en torno a un 4% en la mayoría de los países, siendo mayor en los países occidentales con rentas superiores. En esa misma línea

Knappe et al. (2015), en su revisión sobre la epidemiología de la ansiedad social en adolescentes, informaron de que aproximadamente una quinta parte de la población objeto de estudio manifiesta padecer algún síntoma de la FS y un 13% de la población adolescente padece el TAS en cierto periodo de su vida.

En el ámbito clínico, a partir de 1980 el TAS se incluyó en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (3ª ed.; American Psychiatric Association, 1980) (DSM-3) con un diagnóstico independiente al de las fobias específicas. En la Tabla 1 se presentan los criterios diagnósticos para el TAS en la última revisión y actualización del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.; American Psychiatric Association, 2013), también conocido como DSM-5 (APA, 2013).

Tabla 1

Criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) para el trastorno de ansiedad social o fobia social

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (por ejemplo, mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (por ejemplo, comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (por ejemplo, dar una charla). Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

J. Si existe otra afección médica (por ejemplo, enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Especificar si: Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

En la Tabla 2, se exponen los criterios diagnósticos para el TAS publicados en 2019 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su undécima edición de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (11ª ed.; CIE-11).

Tabla 2

Criterios diagnósticos del CIE-11 (OMS, 2019) para el trastorno de ansiedad social

El trastorno de ansiedad social se caracteriza por miedo o ansiedad marcados y excesivos que ocurren constantemente en una o más situaciones sociales, como interacciones sociales (por ejemplo, tener una conversación), hacer algo mientras se siente observado (por ejemplo, comer o beber en presencia de otros), o actuar frente a otros (por ejemplo, dar un discurso). Al individuo le preocupa que actuará de una manera, o mostrará síntomas de ansiedad, que serán evaluados negativamente por otros. Las situaciones sociales relevantes se evitan constantemente o se soportan con miedo o ansiedad intensos. Los síntomas persisten durante al menos varios meses y son lo suficientemente graves como para provocar una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.

Ponce-Alencastro et al. (2021) afirman que la persona que sufre de ansiedad social tiene miedo a emitir conductas que puedan ser rechazadas, por lo que trata de anticiparse a determinadas situaciones evitándolas para no sentirse avergonzada. Asimismo, estas situaciones sociales pueden llegar a provocar ataques de pánico. Por lo tanto, se deduce que, es muy probable que las personas que padecen ansiedad en determinadas situaciones sociales desarrollen fobia a estas situaciones e incluso que se llegue a generalizar a cualquier condición social.

1.2 Modelos explicativos de la fobia social

Según Caballo (2008), la FS desde una perspectiva conductual se considera como un temor aprendido o adquirido por medio del condicionamiento directo o vicario. Además, sostiene que el miedo en las personas que padecen TAS, normalmente, aumenta de forma gradual como resultado de la acumulación de experiencias que producen aprehensión e incluso por aprendizaje social.

Watson y Rayner (1920) fueron pioneros en estudiar la FS mediante los experimentos realizados con el niño Albert. Estos autores formulan su teoría en base al condicionamiento clásico, en la que sostienen que cualquier estímulo neutro (EN) tiene la capacidad de evocar una respuesta de miedo, siempre que vaya acompañado de un estímulo aversivo (estímulo incondicionado o EI), que si tiene en sí mismo las propiedades para evocar una respuesta de miedo de forma natural. Una vez que la persona hace una asociación del EN con el EI, el EN se convertirá en un estímulo condicionado (EC) de miedo, por lo que su aparición evocará la respuesta condicionada (RC) de miedo. Este modelo, según Chorot et al. (2010), indica que cuantas más veces se de la asociación entre el EI y el EN (posteriormente EC), será mayor la probabilidad de incremento de la RC de miedo, en términos de intensidad y de generalización a estímulos parecidos.

Por su parte, Mowrer (1947), formuló un modelo bifactorial mediacional para explicar la adquisición y el mantenimiento de la conducta fóbica. Según Caballo (2008), este modelo se basa en el condicionamiento clásico y sostiene que una vez adquirida la fobia, la evitación que realiza la persona ante determinado estímulo y/o situación reduce la ansiedad condicionada, por lo que refuerza la conducta de evitación. De esta manera, es la propia evitación la que mantiene la ansiedad.

Según Öst y Hugdahl (1981), otra forma de adquirir la FS es a través del condicionamiento vicario. Por lo tanto, el simple hecho de observar a otras personas experimentar ansiedad en

situaciones sociales puede generar en la persona observadora que desarrolle miedo a dichas situaciones (citado en Caballo, 2008).

A continuación, se analizan brevemente los modelos explicativos más representativos que se han desarrollado para entender el TAS desde una perspectiva cognitivo-conductual. Tal y como hicieron Calderón y Blázquez (2014) anteriormente, se resumen los modelos de Barlow (2003), de Clark y Wells (1995) (adaptado de Clark, 2001), y de Rapee y Heimberg (1997).

El modelo de Barlow (2003) sostiene que las personas que desarrollan una FS son biológica y psicológicamente vulnerables a la aprehensión ansiosa. El autor propone tres posibles vías para la adquisición de la FS. En primer lugar, existe la posibilidad de heredar una *vulnerabilidad biológica* generalizada a la ansiedad y trastornos relacionados. En segundo lugar, las *vulnerabilidades psicológicas generalizadas* son experiencias tempranas que generan la sensación subjetiva de que las consecuencias obtenidas se volverán a repetir en un futuro. Hay evidencia de que estas experiencias afectan en mayor medida a las niñas que a los niños, puesto que las niñas podrían estar sujetas a más eventos negativos en la etapa infanto-juvenil (sensación de falta de control, indefensión aprendida, etc.) y explicaría porqué hay más predisposición en que las mujeres puedan padecer algún trastorno de ansiedad en el futuro. En tercer lugar, las *vulnerabilidades psicológicas específicas* predisponen a la persona a centrar el miedo y/o la ansiedad ante una situación, objeto o evento específico. De esta forma, se origina una ansiedad condicionada a las mismas situaciones o a situaciones parecidas.

El modelo de Clark y Wells (1995) (adaptado de Clark, 2001) se explica en dos partes: por un lado (1), se describe el procesamiento que hace la persona con fobia social en la situación social temida; y, por otro lado (2), el procesamiento que realiza la persona antes y después de la situación social que teme.

1. El *procesamiento en la situación social* hace referencia a las creencias que desarrollan las personas que padecen FS acerca de sí mismos y del entorno social en base a sus experiencias previas. Estas creencias generan y mantienen la ansiedad de las personas en base a varios factores interconectados: *el procesamiento del sí mismo como un objeto social* (observación y monitoreo de sí mismo/a en base a cómo creen que están siendo vistos), *conductas de seguridad* (ausencia de contacto visual, manos refrenadas, memorizar lo que se va a decir...), *síntomas fisiológicos y cognitivos* (sudoración, pensamientos negativos, taquicardia, etc.) y *procesamiento de las señales sociales* (atender e interpretar las respuestas del público como signos de desaprobación).
2. El *procesamiento antes y después de la situación social* se refiere a los pensamientos negativos que dominan a la persona con FS, llegando incluso a provocar que la persona evite la situación (*procesamiento antes de la situación social*) o que revise en detalle el evento al haber terminado (*procesamiento después de la situación social*).

El modelo de Rapee y Heimberg (1997) pone el énfasis en dos aspectos: 1) la representación mental de la persona en sí misma (como cree que es vista por el resto) y 2) en las expectativas sobre lo que cree que los demás esperan de ella. El grado de ansiedad se determina por la percepción subjetiva de ser evaluado/a negativamente, influye en la representación mental que la persona tiene de su conducta y de su apariencia (*sesgo interpretativo*), y atiende en mayor medida a la información negativa (*sesgo atencional*). Por lo tanto, se produce una retroalimentación circular que alimenta la ansiedad que sufre la persona (Rapee y Heimberg, 1997; citado en Vidal et al., 2008).

1.3 Conceptualización del miedo a hablar en público

Se ha observado en las investigaciones previas que el miedo a hablar en público (MHP) es un temor muy común entre las personas que sufren TAS. Las personas que sufren MHP suelen

experimentar temor y evitación que, a su vez, puede causar excesiva angustia, deterioro en la ejecución del habla y problemas asociados con el funcionamiento psicosocial (Glassman et al., 2016). Las dificultades para hablar en público pueden indicar la existencia de MHP, un déficit en habilidades comunicativas o ambas cosas (Bados, 2015).

En un estudio llevado a cabo por Stein et al. (1996) observaron que el 34% de sus participantes (N=499) informó tener un intenso MHP. A su vez, parece más frecuente en mujeres (42,4%) que en hombres (21,8%). En la población universitaria se estima que entre un 20 y un 30% tienen aprehensión a hablar en público (Bados, 2009) y hasta un 76% elude en algún momento dicha situación (Montorio et al., 1996; Depaoli, 2015). En la actualidad, el MHP sigue presente en la sociedad y, por ello, resulta interesante llevar a cabo una investigación de carácter experimental en la que sea posible demostrar que pueden reducirse los efectos que ejerce el MHP en el comportamiento de las personas.

Revisando estudios previos, se deduce que el MHP implica tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) que interactúan entre sí. Según Martínez-Monteagudo et al. (2012), el sistema cognitivo de respuesta puede manifestar dificultades a nivel atencional y de concentración, rumiaciones, pensamientos negativos, etc.; el sistema fisiológico conlleva respuestas como la taquicardia, la sudoración, el temblor, la tensión muscular, sequedad en la boca, etc.; y, en el sistema motor pueden surgir dos tipos de respuestas: 1) respuestas directas, como son la tensión muscular, el temblor de manos, el tartamudeo, la ausencia de contacto visual, etc.; y, 2) respuestas indirectas, que hacen referencia a conductas de escape y evitación.

La respuesta motora más frecuente del MHP es la evitación de la situación temida (Maciá y García, 1995). Sin embargo, este estudio se centra en analizar las conductas observables que realizan las personas con MHP en una tarea de exponer, puesto que resulta interesante conocer

cuáles son los motivos que impulsan a una persona a querer evitar dichas situaciones. Para identificar las conductas motoras existen distintos instrumentos, pero en la presente investigación se ha utilizado la *Lista de Verificación Conductual para la Ansiedad de Ejecución* (Paul, 1966), adaptada al español por Bados (1986). Este instrumento pone el énfasis en 14 conductas motoras, incluyendo conductas verbales (temblor de voz, tartamudeos, bloqueo de la charla, etc.) y no verbales (manos refrenadas, balanceo, tics, etc.).

Finn et al. (2009) sostienen que las dificultades para hablar en público aparecen, en mayor medida, en las exposiciones orales ante una audiencia numerosa. Por otro lado, se ha comprobado en varias investigaciones que no todos los momentos de la exposición generan la misma dificultad y/o aprehensión, encontrándose mayores niveles de tensión justo en el momento previo a enfrentarse a la audiencia.

1.4 Intervención en el miedo a hablar en público

Tras revisar la literatura existente, los estudios de investigación sobre el MHP comenzaron a desarrollarse en la década de los años 70 y han sufrido un incremento significativo en los últimos años. Los primeros estudios que se llevaron a cabo sobre el MHP tenían como propósito demostrar si determinadas técnicas (inundación, desensibilización sistemática, exposición, etc.) eran eficaces para disminuir la aprehensión a hablar en público.

Se ha observado en la literatura previa que el enfoque cognitivo-conductual es el más utilizado para reducir la ansiedad que supone hablar en público. Según Heimberg y Becker (2002), las intervenciones basadas en las técnicas de la TCC se centran, principalmente, en la reestructuración cognitiva de los pensamientos que generan ansiedad y en la exposición a la situación fóbica para generar habituación.

Orejudo et al. (2012) sostienen que, en algunos países, es frecuente que se lleven a cabo programas de intervención en los cursos de habilidades comunicativas para reducir el MHP. Estos programas utilizan técnicas de TCC como la desensibilización sistemática, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en competencias, los cuales han demostrado su eficacia en contextos controlados (Montorio et al., 1996; Orejudo et al., 2012). Los objetivos que tienen estos programas de intervención son los siguientes: conseguir que las personas se habitúen a la situación temida mediante sucesivas exposiciones, que se produzcan cambios en las evaluaciones que hacen sobre la situación y conseguir la generalización a largo plazo (Finn et al., 2009; Orejudo et al., 2012).

Glassman et al. (2016), en un estudio que realizaron con dos grupos experimentales, obtuvieron resultados favorables para la ACT en comparación a la TCC. Por otra parte, Block (2003) en un estudio con una muestra de 39 estudiantes universitarios y 6 semanas de tratamiento, afirma que solo los participantes del grupo de la ACT, y no el grupo de la TCC, aumentaron significativamente la duración de su discurso (por consiguiente, disminuye la conducta de evitación), aunque ambos grupos mostraron una mayor predisposición a exponerse a la situación ansiosa y una disminución de la ansiedad.

Un ensayo clínico aleatorizado de Anderson et al. (2013) muestra que la terapia de exposición con realidad virtual (RV) es eficaz para reducir el MHP entre las personas diagnosticadas con TAS. Las personas participantes en el grupo de RV informaron tener menor ansiedad y hablaron durante más tiempo en el discurso que realizaron después de recibir el tratamiento (post intervención). Además, el 63 % de las personas evaluadas consiguieron una remisión parcial o total en el miedo autoinformado a ser evaluadas negativamente por el público a los tres meses de seguimiento.

Tras la revisión de la literatura científica se puede concluir sobre la reducción del MHP, que en general, son más eficaces aquellas intervenciones que combinan diversas técnicas. Como observaron Bados y Saldaña (1987), estas intervenciones pueden tener una repercusión simultánea en varios sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) del MHP; y, además, pueden potenciar las habilidades de hablar en público. Sin embargo, parece que no siempre los tratamientos con más componentes han sido más eficaces que tratamientos menos complejos (Bados y Saldaña, 1990).

1.5 Justificación del estudio

El presente estudio tiene en cuenta las repercusiones negativas que tiene el MHP en estudiantes universitarios, fundamentalmente, las que se relacionan con variables como el rendimiento académico y los problemas de salud (física y mental) asociados.

En cuanto al rendimiento académico, se ha demostrado en diversas investigaciones que altos niveles de respuesta autónoma al estrés durante una exposición oral pueden tener un impacto negativo en el desempeño del estudiante (Depaoli, 2015). De ahí que, el MHP influya notablemente en el proceso de enseñanza y aprendizaje, y esté asociado con posibles carencias educativas y con el abandono escolar (Schneier et al., 1994).

A su vez, numerosas investigaciones concluyen que el MHP puede generar problemas de salud (física y mental), puesto que la situación a hablar en público es, comúnmente, considerada como un estresor general e implica que, ante la misma, se incrementen ciertas respuestas fisiológicas, que pueden incluir desde un aumento de la tasa cardiaca y/o respiratoria, síntomas gastrointestinales y otras respuestas de estrés como el aumento de la respuesta de conductancia de la piel o un aumento en los niveles de cortisol (Bodie, 2010; Orejudo et al., 2006; Witt et al., 2006). Además, suelen aparecer síntomas relacionados con mecanismos cognitivos y/o

psicológicos como son las rumiaciones sobre la situación, la anticipación de respuestas catastrofistas de la exposición o del público y, en general, un peor desempeño (Orejudo et al., 2006; Witt et al., 2006).

Dado que cada vez son más los estudiantes universitarios que sufren MHP e influye en su bienestar físico y psicológico, resulta importante profundizar en esta temática de manera que se desarrolle una investigación experimental con muestra universitaria, ya que este colectivo se expone continuamente a la situación de hablar en público. Por ello, este estudio focaliza su atención en intervenir sobre los aspectos conductuales del MHP, ya que suelen ser más visibles para la audiencia y esto puede facilitar que haya un incremento de ansiedad en la persona que experimenta este temor.

Estudios previos como el de Glassman et al. (2016) sirven de inspiración para el presente trabajo de investigación, puesto que llevan a cabo un programa de intervención para reducir el MHP y, además, tienen como objetivo reducir las conductas observables del mismo.

1.6 Objetivos e hipótesis

El objetivo principal de este estudio es conocer la eficacia de un programa de intervención breve basado en la ACT y la TCC (seis sesiones en las que se trabaja defusión cognitiva, clarificación de valores y exposición en vivo mediante realidad virtual [RV]) orientado a reducir la conducta motora del MHP en estudiantes de la UEM.

El objetivo secundario es observar si hay una disminución significativa de la conducta motora ante la situación de hablar en público entre las medidas observacionales pre y post intervención.

A partir de estos objetivos se propone la siguiente hipótesis de investigación:

- **Hipótesis:** el programa de intervención breve basado en la ACT y la TCC ayuda a reducir la conducta motora del MHP, disminuyendo significativamente las conductas observables tras la intervención.

2. Materiales y métodos

2.1 Diseño de la investigación

Esta investigación tiene un carácter experimental que intenta explorar si hay relación directa entre un programa de intervención basado en la ACT y la TCC, y la reducción de la conducta motora del MHP en una exposición en vivo de estudiantes con ansiedad social significativa.

2.2 Muestra

La muestra del presente estudio se obtuvo gracias a la colaboración voluntaria de 24 estudiantes de la UEM con ansiedad social significativa. En primer lugar, respecto a la participación, se comprobó que las personas cumplieran los siguientes criterios de inclusión: 1) que fuesen estudiantes de la UEM; 2) con una ansiedad social significativa (>51) medida con la Escala de Liebowitz (1987) para la Ansiedad Social (LSAS), adaptada al español por Bobes et al. (1999) (ver Anexo A); y, 3) que aceptaran participar en el estudio y firmasen el consentimiento informado (ver Anexo B). Por otro lado, los criterios de exclusión empleados fueron los siguientes: 1) la negativa a participar en el estudio o a firmar el consentimiento informado; 2) tener un diagnóstico de esquizofrenia o de otro trastorno mental grave; 3) que hubiese abuso de drogas y/o alcohol; y, 4) que consumieran psicofármacos.

En segundo lugar, se contactó con las personas interesadas por correo electrónico para confirmar que seguían interesadas en participar y, para que, en caso afirmativo, completasen una serie de cuestionarios (pre intervención) a través de Google Forms e introdujesen el código de

participante que se les asignó para anonimizar sus datos. Si cumplían con el criterio de obtener una ansiedad social significativa, se les citaría a una entrevista estructurada (ver Anexo C) para comprobar el resto de criterios. En caso de que cumplieran con todos los criterios de inclusión, se le proporcionaría información sobre el estudio y firmarían el consentimiento informado del mismo.

En tercer lugar, señalar que para este estudio no fue posible el grupo control debido a que los datos se obtuvieron de un programa de intervención desarrollado en la UEM para estudiantes con ansiedad social significativa que tuvieran problemas de MHP. Además, el programa de intervención diseñado para este estudio basado en la ACT y la TCC tenía como objetivo reducir la conducta motora del MHP en las personas participantes.

2.3 Instrumentos

Para la realización del estudio se han empleado varios instrumentos:

Entrevista estructurada (ver Anexo C). Este instrumento, elaborado por el equipo de investigación del presente estudio, se utilizó para saber si las personas voluntarias a participar en el estudio cumplían con los criterios de inclusión. En la entrevista hay tanto preguntas abiertas como cerradas, las cuales se formularon para explorar si las personas participantes eran conscientes del MHP, si tomaban algún fármaco, si consumían alcohol u otras drogas y si tenían alguna patología.

Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II) (Ruiz et al., 2013) (ver Anexo D) validación española de *Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)* (Bond et al., 2011; Hayes et al, 2004). El cuestionario AAQ II se utilizó para medir las habilidades que tenían las personas participantes para hacer frente a los eventos privados que están asociados al malestar psicológico. Es una prueba que

consta de siete ítems, a valorar en una escala tipo Likert con puntuaciones que van de 1 (nunca es verdad) a 7 (siempre es verdad). Los puntajes altos en la prueba total suponen niveles altos de evitación experiencial e inflexibilidad psicológica, en contraposición a puntuaciones bajas que implican niveles altos de aceptación y acción. La fiabilidad como consistencia interna del AAQ-II por medio del Alfa de Cronbach (.88) es alta.

Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) (Romero-Moreno et al., 2014) (ver Anexo E) validación española del *Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)* (Gillanders et al., 2014). El objetivo del cuestionario es evaluar la fusión cognitiva y se utilizó para conocer el grado en que las personas participantes creen de forma literal el contenido de sus pensamientos. Está conformado por siete ítems con respuesta tipo Likert de siete opciones que van de 1 (nunca es verdad) a 7 (siempre es verdad). Los puntajes más elevados indican altos niveles de fusión cognitiva. Romero-Moreno et al. (2014) hallaron una elevada consistencia interna (.87) del cuestionario CFQ en su versión española.

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) (Bobes et al. 1999) (ver Anexo A) validación española de *Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)* (Liebowitz, 1987). Es un cuestionario que tiene como objetivo evaluar, por un lado, el grado de interacción social y, por otro lado, el desempeño que tienen las personas con FS en situaciones sociales que pueden temer o evitar. Está formado por 24 ítems que evalúan el grado de temor/ansiedad (subescala de ansiedad) y la frecuencia de evitación (subescala de evitación) de situaciones sociales. Los ítems se responden en una escala tipo Likert de cuatro opciones que van de 1 (<<nada>>, para la escala de miedo o ansiedad; y <<nunca>>, para la escala de evitación) a 4 (<<mucho>>, para la escala de miedo o ansiedad; y <<habitualmente lo evito>>, para la escala de evitación) y sumando las puntuaciones directas se obtiene una puntuación para cada subescala y para la escala total. En su versión adaptada al español, Bobes et al. (1999) sostienen que el instrumento tiene una adecuada consistencia interna

(>= .72), estructura interna ($r > .7$), validez convergente ($r > .7$) y reproducibilidad (coeficientes de correlación intraclase entre .63 y .88).

Cuestionario de confianza para hablar en público (PRCS) (Bados, 1986) (ver Anexo F) validación española de *Personal Report of Confidence as Speaker (PRCS)* (Paul, 1966). Se trata de un cuestionario cuyo objetivo es medir el grado de confianza con el que las personas afrontan las exposiciones en público, es decir, en qué grado puede ser una limitación el MHP. Está formado por 12 ítems que evalúan el grado de “miedo escénico” y se responden en una escala tipo Likert de cinco opciones que van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Puntuaciones más altas corresponden a mayor MHP. Según Gallego et al. (2009), la consistencia interna del cuestionario PRCS es elevada ($\alpha = .89$), tiene buena validez concurrente y convergente, por lo que se ha demostrado que es instrumento válido y fiable para medir el MHP en población española.

Escala de autoverbalizaciones sobre la situación de hablar en público (SSPS) (Gallego et al., 2010) (ver Anexo G) adaptación española de *Self-statements during Public Speaking Scale (SSPS)* (Hoffman y Dibartolo, 2000). Es un cuestionario de 10 ítems que mide las autoafirmaciones de la persona y el grado de malestar experimentado mientras habla en público. Su formato de respuesta es tipo Likert que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). El cuestionario presenta dos subescalas: la subescala de autoverbalizaciones positivas (SSPS-P) y la subescala de autoverbalizaciones negativas (SSPS-N). La validación realizada por Gallego et al. (2010) sostiene que por lo que respecta a la fiabilidad, la consistencia interna fue alta para ambas subescalas (SSPS-P $\alpha = .81$; y SSPS-N $\alpha = .88$).

Cuestionario de autoeficacia e inquietud en situaciones de hablar en público (Bados, 1986) (ver Anexo H). Este cuestionario se divide en dos partes. La primera, trata de evaluar el grado

de convicción de los participantes en poder realizar una serie de 12 actividades específicas de hablar en público. La segunda parte, pretende medir el grado de inquietud asociado a la realización de las actividades anteriores. Ambas partes utilizan escalas de respuesta tipo Likert que van de 1 (<<claramente, no podría realizar esta actividad>>, en la primera parte; y, <<nada de inquietud o miedo>>, en la segunda parte) a 6 (<<claramente, si podría realizar esta actividad>>, en la primera parte; y, <<muchísima inquietud o miedo>>, en la segunda parte).

Lista de Verificación Conductual para la Ansiedad de Ejecución (Bados, 1986) (ver Anexo I) adaptación española de *Timed Behavioral Checklist for Performance Anxiety* (Paul, 1966). Se trata de una lista que enumera 14 síntomas de ansiedad cuya presencia o ausencia es registrada durante intervalos sucesivos de dos minutos y un minuto de descanso que se emplea para hacer las anotaciones. Los 14 síntomas o conductas relacionadas con la ansiedad que enumera son los siguientes: se balancea; movimientos no pertinentes de brazo y mano (los balancea, juega con ellos, se rasca, retuerce las manos, se frota, se muerde las uñas, se acaricia, se hurga la nariz, “juega” con la ropa, pulsera, collar, gafas, etc.); manos refrenadas (en los bolsillos, detrás de la espalda, apretadas, brazos cruzados); temblor de manos; ausencia de contacto visual; músculos faciales tensos (tensión, tics, muecas); cara sin expresión; sonrisa o risa inapropiada; frunce, se humedece o se muerde los labios; traga saliva; se aclara la garganta; respira fuerte o pesadamente o suspira; se le estremece o tiembla la voz; y, bloqueos de la charla o tartamudeos. Las 14 conductas se midieron en cuatro intervalos de tiempo, por lo que el máximo de conductas a ejecutar por cada participante en las exposiciones sería de 56.

2.4 Procedimiento

El procedimiento del estudio comenzó con el reclutamiento de participantes, quienes fueron elegidos de manera aleatoria, ya que se apuntaron voluntariamente al programa de

investigación porque previamente el equipo de investigación se dedicó a publicitar dicho programa colgando carteles en el Campus de Villaviciosa de Odón de la UEM.

La investigación que se ha llevado a cabo consiste en estudiar un procedimiento para superar el MHP que ya había demostrado su eficacia en estudios previos similares (England et al., 2012; Glassman et al. 2016; Kocovski et al., 2013), pero el objetivo era saber cómo mejorarlo. El procedimiento que se llevó a cabo en esta investigación conllevaba nueve pasos, los cuales se explican a continuación:

1er paso) Selección de candidatos que quisieran participar en el estudio.

- En primer lugar, se comprobó que cumplieran los criterios de inclusión.
- En segundo lugar, hubo que asegurarse de que las personas participantes comprendían las condiciones del estudio, se seleccionó a los estudiantes y se trató de reducir el riesgo de abandono.
- En tercer lugar, se les citaba para una entrevista presencial de forma individual. Previamente, se les enviaron dos cuestionarios que debían responder: 1) la *Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS)* (Liebowitz, 1987) adaptada al español por Bobes et al. (1999); y, 2) una entrevista estructurada desarrollada por el equipo de investigación en la que se realizaban preguntas relacionadas con los motivos que tenían las personas participantes en colaborar en la investigación, así como preguntas para verificar que cumplían con los criterios de inclusión.

2º paso) En caso de que cumplieran los criterios de inclusión, se les proporcionaba información sobre el estudio. En caso de que no los cumplieran, se les agradecía su interés y se les explicaban las razones por las que no podían ser incluidos en la investigación. La información que

se facilitó sobre el estudio era para que fuesen conscientes de que la participación en el proyecto requería:

- Asistencia a:
 - Una evaluación inicial, en la cual se llevaba a cabo una exposición oral de 12 minutos, en la que podían elegir dos temas para hablar, tenían tres minutos para prepararlo y se analizaba la conducta motora para saber de dónde partíamos.
 - Una sesión de intervención basada en la ACT.
 - Cinco sesiones de entrenamiento utilizando RV en las que se realizaban presentaciones orales.
 - Una evaluación después de la intervención, en la cual se realizaba una presentación oral de 12 minutos y se analizaba la conducta motora para examinar las diferencias con la exposición pre intervención.
 - Una evaluación de seguimiento que se haría a los tres meses de finalizar el programa de intervención y consistirá en realizar una presentación oral de 12 minutos.
- Una evaluación aplicando diferentes métodos, como un pulsómetro, algunos cuestionarios y observando cómo lo realizaban.
- La grabación en video de las exposiciones e intervenciones para su posterior visualización y análisis.

3er paso) Se realizaba una evaluación a través de Google Forms recurriendo a los cuestionarios mencionados en el apartado instrumentos, a excepción de la *Lista de Verificación Conductual para la Ansiedad de Ejecución* (Paul, 1966) adaptada al español por Bados (1986) y los

instrumentos contestados en el primer paso. Se firmaba el consentimiento informado y se les daban las instrucciones a seguir para el próximo día. Las instrucciones eran las siguientes:

- “El próximo día necesitamos que hagas una primera presentación oral. Te daremos a elegir entre tres temas de exposición y deberás hacer la elección en un plazo de tres minutos, por lo que la charla será improvisada. La presentación tendrá una duración de 12 minutos y será sin PowerPoint”. (Era importante dejar claro que no se podía utilizar ningún tipo de ayuda para exponer: folios, material escrito, etc.). “La exposición se llevará a cabo en un aula y habrá alumnos/as como público. No importa que lo hagas mal, la primera vez será para ver cómo lo haces y saber de dónde partimos.”

4º paso) Se realizaba la exposición pre intervención: En primer lugar, se recibía a la persona participante y se le explicaba de nuevo el funcionamiento de la sesión. En segundo lugar, una vez que entraba en la sala, tenía tres minutos para elegir uno de los tres temas que se le ofrecía y para pensar sobre lo que iba a decir. Por último, tras pasar los tres minutos, se le indicaba que iba a empezar su tiempo de exposición, se le recordaba que iba a ser avisado cuando quedasen seis minutos de exposición y, también, cuando faltasen dos minutos para finalizar, y que el total de la presentación sería de 12 minutos. Las exposiciones se grababan para posteriormente realizar la evaluación conductual.

5º paso) Tras la exposición pre intervención, se realizaba la evaluación de la conducta motora visualizando los vídeos de las grabaciones de todas las personas participantes, registrando las conductas observadas con el software Codimg Premium y utilizando como apoyo la *Lista de Verificación Conductual para la Ansiedad de Ejecución* (Paul, 1966) adaptada al español por Bados

(1986). El registro conductual se llevó a cabo durante cuatro intervalos de tres minutos cada uno y con un minuto de descanso entre ellos, el cual se aprovechó para registrar las conductas.

6º paso) Una vez realizada la primera exposición y sabiendo de dónde partíamos con cada participante, se llevó a cabo la primera sesión de intervención basada en la ACT, en la cual se trabajó la clarificación de valores y se realizó un entrenamiento en defusión cognitiva.

7º paso) Posteriormente, se realizaron las siguientes sesiones de intervención que se basaron, principalmente, en exponer a los participantes a realizar presentaciones orales mediante RV para simular una exposición en vivo. Las gafas de RV reproducían una situación análoga a la que vivieron en la exposición pre intervención.

Antes de empezar cada una de las sesiones de exposición, se trabajaban varios aspectos con el participante: en primer lugar, antes de la exposición se concienciaba al participante de las herramientas trabajadas en la anterior sesión de entrenamiento y se le preparaba para la sesión que iba a tener en el momento presente con ejercicios de mindfulness; y, en segundo lugar, después de la exposición, se trabajaban aspectos a tener en cuenta de cara a las siguientes sesiones. En ambas partes se evaluaba lo que el participante aprendía e interiorizaba en cada sesión y las estrategias que iba adquiriendo. Al finalizar cada sesión de exposición, se daba un feedback al participante por parte del terapeuta (incluyendo un refuerzo positivo especificando lo que hacía bien).

8º paso) Una vez finalizaba el programa de intervención, se realizaba una evaluación post intervención, que consistía en hacer una presentación oral en vivo con todas las personas participantes como público. Se realizó una exposición en vivo, exactamente igual que en el cuarto paso del procedimiento, pero esta vez los participantes contaban con varias sesiones de entrenamiento previo. La evaluación de la conducta motora se realizó visualizando la grabación de

las exposiciones y registrando cada conducta observada con el software Codimg Premium junto a la *Lista de Verificación Conductual para la Ansiedad de Ejecución* (Paul, 1966) adaptada al español por Bados (1986), igual que se hizo en el quinto paso del procedimiento.

9º paso) Para finalizar, se les propuso a los participantes realizar un seguimiento a los tres meses que consistiría en realizar una exposición oral en vivo delante de todas las personas que habían participado, en la cual también se llevaría a cabo una evaluación observacional de la conducta motora para comparar los resultados con los registrados en la evaluación pre y post intervención.

El estudio se ha llevado a cabo sin recopilar datos identificatorios de los participantes, dejando anónima la investigación. Esto quedó reflejado en el consentimiento informado.

2.5 Análisis estadístico

Tras recopilar los datos con el software Codimg Premium (versión 4.2.000) de Aligra Digital Canarias S.L., se exportaron a Microsoft Excel y se codificaron para llevar a cabo el análisis con el software de análisis estadístico IBM-SPSS-23.

En primer lugar, se registraron en Microsoft Excel las conductas motoras de todas las personas participantes en las exposiciones pre y post intervención, para posteriormente trasladar los datos al programa estadístico SPSS y llevar a cabo el análisis estadístico paramétrico. En segundo lugar, se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para partir del supuesto que los datos de la investigación vienen de una distribución normal y poder aplicar métodos estadísticos paramétricos. En tercer lugar, se llevó a cabo una prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas y se examinó la posible existencia de diferencias significativas entre las conductas pre y post intervención de las exposiciones realizadas por las personas participantes.

Por último, se calculó el tamaño del efecto mediante la “*d*” de Cohen para cuantificar la efectividad de la intervención y conocer la magnitud de los resultados.

3. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de los análisis estadísticos que se realizaron para determinar los objetivos de la investigación. En la Tabla 3 se expone el análisis descriptivo del número de conductas motoras realizadas (sobre un total de, como máximo, 56 conductas) por las personas participantes en las exposiciones pre y post intervención.

Tabla 3

Número de conductas motoras realizadas por los participantes (N=24) en las exposiciones bajo las condiciones pre y post intervención

Nº sujeto	Nº conductas pre intervención (X/56)	Nº conductas post intervención (X/56)
1	23	16
2	24	19
3	31	29
4	21	18
5	30	20
6	24	22
7	25	20
8	24	17
9	28	18
10	20	18
11	25	20
12	12	4
13	26	19
14	27	13
15	21	12
16	26	13
17	17	5



18	28	13
19	29	17
20	24	16
21	30	13
22	23	14
23	10	6
24	29	15
Total	577	377

X/56: nº de conductas ejecutadas por cada participante en la exposición, siendo 56 el máximo a contabilizar.

En los datos descriptivos (Tabla 3) se pueden apreciar diferencias en el número de conductas motoras registradas entre las exposiciones realizadas en distintos periodos de tiempo (pre y post intervención), siendo siempre menor el número de conductas emitidas por los participantes en la exposición que se llevó a cabo al finalizar el programa de intervención (exposición post intervención).

Para analizar si estas diferencias eran significativas, se procedió a realizar un análisis inferencial de los datos. En primer lugar, como se puede apreciar en la Tabla 4, se ha realizado una prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para comprobar si los datos de la muestra se distribuyen de manera normal.

Tabla 4

Prueba de normalidad entre las conductas observadas pre y post intervención

Kolmogorov-Smirnov^a			
Nº de conductas pre-post intervención	Estadístico	gl	Sig.
	,172	24	,064

a. Corrección de significación de Lilliefors

La prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov (Tabla 4) es $p=.064$, por lo que asumimos que los datos se distribuyen normalmente. Por lo tanto, se llevó a cabo una prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas que examinó la posible existencia de diferencias entre las conductas llevadas a cabo en los periodos pre y post intervención. En la tabla 5 se muestran los estadísticos descriptivos del estudio realizado.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos

	Media	N	Desviación	Desv. Error promedio
Nº de conductas pre intervención (x/56)	24,04	24	5,304	1,083
Nº de conductas post intervención (x/56)	15,71	24	5,536	1,130

Como se observa en la Tabla 5, la media de conductas realizadas en la exposición pre intervención ($M=24,04$) es notablemente superior a la media de las conductas realizadas por los participantes en la exposición post intervención ($M=15,71$). Asimismo, la desviación respecto a la media entre ambas condiciones se asemeja, siendo para la condición pre intervención $Dm=5,304$ y para la condición post intervención $Dm=5,536$.

En la Tabla 6 se observan los resultados de la prueba T de Student para muestras emparejadas realizada para conocer si las diferencias existentes entre ambos periodos de exposición son significativas o no.

Tabla 6

Prueba para muestras emparejadas

Diferencias emparejadas								
Nº conductas pre intervención – post intervención	Media	Desv. Desviación	Desv. Error Promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (Bilateral)
				Inferior	Superior			
(x/56)	8,333	4,400	,898	6,475	10,191	9,278	23	,000

Como podemos observar en los resultados de la Tabla 6, se encontraron diferencias significativas entre los periodos de exposición pre y post intervención ($T=9,278$; $p<.001$). Por lo

tanto, se mantiene la hipótesis planteada inicialmente, es decir, hay una disminución significativa de la conducta motora ante la situación de hablar en público en las exposiciones realizadas después de recibir la intervención (post intervención) en comparación con las exposiciones realizadas antes (pre intervención) de que los participantes recibiesen el programa de intervención.

Por último, se analizó el tamaño del efecto mediante la “*d*” de Cohen para conocer la magnitud de los resultados. El resultado del tamaño del efecto fue $d=.61$, por lo que se asume un tamaño del efecto medio.

4. Discusión

La investigación sobre el MHP es un tema muy explorado en los últimos años, pero en la literatura no se han encontrado investigaciones sobre programas de intervención que combinen la ACT y la TCC para reducir la conducta motora del MHP en estudiantes universitarios. En relación a los objetivos y a la hipótesis planteada en el presente trabajo, se procede a la discusión y resumen de los hallazgos obtenidos.

En relación con el objetivo principal de este estudio, el cual consistió en analizar la eficacia de un programa de intervención breve basado en la ACT y la TCC orientado a reducir la conducta motora del MHP en estudiantes de la UEM, los resultados de la investigación sostienen que el programa de intervención llevado a cabo es eficaz para reducir la conducta motora del MHP en la población objeto de estudio.

En cuanto al objetivo secundario de la investigación, que consistió en observar si existía una disminución significativa de la conducta motora ante la situación de hablar en público entre las medidas observacionales pre y post intervención, los resultados del estudio son significativos.

Por tanto, en consonancia a los resultados obtenidos se mantiene la hipótesis planteada, la cual enunciaba que el programa de intervención combinado en la ACT y la TCC ayudaría a reducir la conducta motora del MHP, disminuyendo significativamente las conductas observables tras la intervención.

Los hallazgos obtenidos en los datos descriptivos van en la línea esperada, ya que cuando se realizó la observación conductual de cada participante en la exposición post intervención, se observó cómo todas las personas habían mejorado su conducta motora (verbal y no verbal) ante el MHP en comparación a la exposición pre intervención.

Cuando se analizó, mediante una prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas, si existían diferencias entre las exposiciones pre y post intervención, se observó que, efectivamente, la media resultante de las conductas llevadas a cabo en la exposición post intervención fue menor a la que se obtuvo en la exposición pre tratamiento.

Posteriormente, para conocer si los datos obtenidos en el análisis realizado con anterioridad eran o no significativos, se llevó a cabo una prueba t de Student para muestras emparejadas y el resultado fue que, efectivamente, se encontraron diferencias significativas entre las conductas realizadas por los participantes en las exposiciones pre y post intervención.

También, se analizó el tamaño del efecto mediante el criterio de la “d” de Cohen para cuantificar la efectividad del programa de intervención realizado, con un resultado del efecto medio, que apoyaría los resultados significativos anteriormente expuestos.

Estos hallazgos pusieron de manifiesto que el programa de intervención breve basado en la ACT y la TCC llevado a cabo en esta investigación resulta eficaz para reducir la conducta motora del MHP.

En investigaciones previas se han obtenido resultados significativos tanto para programas de intervención basados en la TCC como en la ACT. Se ha observado cómo en algunos estudios, que se pondrán de relieve a continuación, se han comparado ambos tipos de terapia en dos grupos experimentales y se han encontrado resultados satisfactorios para ambas condiciones.

Glassman et al. (2016) demostraron que tanto la TCC como la ACT son eficaces para reducir la ansiedad a hablar en público y para mejorar la ejecución del habla. Sin embargo, encontraron que un número significativo de personas del grupo que recibió la intervención en la TCC no mostraron mejoría o tenían síntomas residuales después de la intervención, pero a su vez hubo una fuerte tendencia hacia niveles más bajos de ansiedad autoinformada en comparación con las personas que recibieron el programa de intervención basado en la ACT. Según apreció el observador de la situación de hablar en público, la intervención en la ACT demostró mayor eficacia que la TCC para mejorar el desempeño conductual en la exposición post intervención. En base a estos resultados, el programa de intervención llevado a cabo en esta investigación combina la TCC y la ACT porque resultó interesante utilizar componentes basados en la evidencia, y apoyados científicamente, para tratar de potenciar las carencias que tienen la ACT y la TCC en el tratamiento del MHP por separado.

En el caso de Niles et al. (2014) la intervención basada en la ACT tuvo resultados más significativos en relación a la reducción de los síntomas asociados a la FS. Sin embargo, Craske et al. (2014) encontraron que tanto el tratamiento basado en la ACT como la TCC se mostraron igual de eficaces para reducir la sintomatología típica del TAS.

England et al. (2012), por su parte, afirmaron que en la intervención basada en técnicas de la ACT se observó una mejora significativa en comparación con la TCC. Sin embargo, en ambas condiciones se apreció un incremento en la confianza autoinformada para hablar en público, los

pensamientos relacionados con la situación temida y en las habilidades sociales de la exposición en público que fueron calificadas por el observador. A partir de estos resultados, en el presente estudio se estimó oportuno hacer hincapié en la respuesta motora del MHP para mejorar la ansiedad de ejecución, debido a que interviniendo en la respuesta motora incidimos en los otros dos componentes de respuesta (cognitivo y fisiológico) que aparecen en la situación temida. Tanto fue así que en la exposición post intervención se observó cómo, efectivamente, las personas participantes habían mejorado su ejecución en base al triple sistema de respuesta.

Otro estudio relevante en esta línea de investigación es el que realizaron Kocovski et al. (2013), quienes compararon la eficacia de la TCC y la ACT para la FS. Los resultados fueron satisfactorios en la reducción de la ansiedad en ambas condiciones, se mantuvieron a los tres meses de seguimiento y no se apreciaron diferencias significativas entre los dos grupos experimentales. Por su parte, Landy et al. (2015) hicieron una revisión concisa de los ensayos clínicos aleatorizados para los trastornos de ansiedad y, en lo que respecta al TAS, concluyeron que los tratamientos basados en la ACT y la TCC demostraron ser eficaces para disminuir la FS y para mejorar la calidad de vida de las personas participantes.

Por otro lado, Anderson et al. (2013) en su ensayo clínico aleatorizado demostraron que la RV es eficaz para reducir el MHP en personas diagnosticadas con TAS. Además, la mejora se mantiene en el tiempo, debido a que el 63% de las personas participantes lograron reducir su MHP a los tres meses de seguimiento y mostraron mejoría en el miedo autoinformado hasta un año después. En la presente investigación, se llevaron a cabo cinco sesiones de RV en las que se presentaba una situación análoga a la exposición en vivo y se puede deducir que favoreció, en gran medida, a que las personas participantes mejorasen su ejecución en la exposición realizada después de la intervención.

A partir de estas investigaciones, el presente estudio toma como referencia los resultados aportados tanto por la TCC como por la ACT para la FS y el MHP, con el objetivo de unificar en un solo programa de intervención técnicas de ambas terapias y que ha resultado eficaz para reducir la conducta motora del MHP. Todavía no se ha llevado a cabo la sesión de seguimiento, la cual se realizará tres meses después de la exposición post tratamiento para conocer el alcance de los resultados y examinar si éstos se mantienen en el tiempo.

4.1 Limitaciones del estudio

A pesar de los intentos por optimizar y complementar las investigaciones previas, en la realización de este estudio se han encontrado algunas limitaciones que han de señalarse y deberían solventarse en estudios posteriores. Quizás, la más evidente es la muestra (N=24), puesto que no es representativa de la población general. Sin embargo, en vista del programa de intervención que se ha llevado a cabo, la muestra es abundante, ya que ha sido un proceso que se ha prolongado mucho en el tiempo, desde el reclutamiento de participantes hasta que se ha finalizado la intervención con cada integrante del programa. Adicionalmente, los criterios de inclusión eran muy específicos y rigurosos, algo que ha dificultado que la muestra sea mayor.

Otra de las limitaciones del estudio es que no ha sido posible tener un grupo control, debido a que el programa de intervención desarrollado estaba destinado a población universitaria con ansiedad social significativa y, a su vez, que tuvieran problemas de hablar en público. Además, el programa de intervención basado en la ACT y la TCC que se llevó a cabo tenía como objetivo principal averiguar si después de recibir el tratamiento disminuiría la conducta motora de los participantes en comparación con la evaluación conductual de la exposición inicial (pre intervención). Por estas razones, el estudio se centró en conocer la eficacia del programa de intervención dirigido a estudiantes de la UEM con ansiedad social significativa y que tuvieran MHP.

Por otra parte, resultó complicado lograr objetividad en la medición de las conductas, debido a que sólo hubo un observador que evaluó la conducta motora ejecutada por las personas participantes en las exposiciones pre y post tratamiento. Para futuras investigaciones, sería aconsejable que se empleara un método de fiabilidad interjueces, con al menos tres observadores, para lograr mayor objetividad.

4.2 Líneas futuras de investigación

A partir del presente estudio se pueden desarrollar ciertas líneas de investigación. Primeramente, se podría llevar a cabo una investigación, con el objetivo de reducir el MHP, que comparase los resultados obtenidos por un grupo experimental que recibiese un programa de intervención combinado en la ACT y la TCC con un grupo control que no recibiese tratamiento.

Por otro lado, se podría realizar una investigación que desarrollase un programa de intervención con el objetivo de potenciar los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor/conductual) que se expresan en el MHP, de acuerdo al patrón de respuesta que manifieste cada individuo. De esta manera, se estará interviniendo en cada uno de los sistemas de respuesta en función de las necesidades individuales que tenga cada persona. Por ejemplo, habrá personas que tengan una mayor respuesta cognitiva (pensamientos intrusivos, anticipaciones catastrofistas, etc.) en una situación de hablar en público y otras personas que tengan mayor respuesta fisiológica (sudoración, aumento de la tasa cardiaca, etc.).

Adicionalmente, sería interesante que se desarrollasen investigaciones en las que se pudiera corroborar si la eficacia del programa de intervención se mantiene a largo plazo. En la presente investigación se hará un seguimiento a los tres meses, pero sería relevante saber si los resultados del tratamiento se mantienen, también, a los seis meses y al año de finalizar la intervención.

4.3 Conclusiones

Respecto a las investigaciones previas y al presente estudio, se deduce que las intervenciones basadas en la ACT, en la TCC y ambas terapias combinadas en un único tratamiento, son eficaces para reducir el MHP y la conducta motora que aflora en dicha situación. Este estudio podría servir de referente a futuras investigaciones que combinen la ACT y la TCC para disminuir el MHP o para mejorar la conducta motora de hablar en público.

La principal aportación teórica y práctica de esta investigación radica en la hipótesis planteada, dado que se puede concluir que el programa de intervención realizado que combina la ACT y la TCC reduce significativamente la conducta motora del MHP en estudiantes universitarios.

Dado que el MHP es frecuente en la población estudiantil, se recomienda a los centros educativos de España, y en mayor medida a las universidades, que instauren cursos de habilidades comunicativas para prevenir o reducir el MHP. Tal y como sostienen Orejudo et al. (2012), en algunos países, es frecuente que se lleven a cabo este tipo de programas para ayudar a las personas a perder el MHP. Con ello, estaremos ayudando a la población estudiantil a potenciar sus habilidades comunicativas y, a su vez, a reducir el miedo a exponerse a una situación de hablar en público.

En vista de que el MHP es bastante común en la población universitaria, se sugiere que se siga investigando sobre el impacto que provoca en el rendimiento académico, con el objetivo de reducir este temor y de mejorar el desempeño de los estudiantes en situaciones que requieren exponerse a un público.

Finalmente, debido a lo observado en la literatura y en la presente investigación, se recomienda fomentar la prevención de la FS y del MHP desde etapas infantiles, ya que de esta

manera podremos ayudar a que las personas mejoren su ejecución en una situación tan habitual como es la de hablar en público y, al mismo tiempo, en su calidad de vida.

5. Referencias bibliográficas

- Anderson, P. L., Price, M., Edwards, S. M., Obasaju, M. A., Schmertz, S. K., Zimand, E. y Calamaras, M. R. (2013). Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81 (5), 751.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-3)*, 3ª Ed. Madrid: Editorial Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ta Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bados, A. (1986). *Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Barcelona, España.
- Bados, A. (1992) *Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Barcelona: Publicaciones de la Universidad de Barcelona.
- Bados, A. (2015). *Miedo a hablar en público: naturaleza, evaluación y tratamiento*. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/65625>
- Bados, A. y Saldaña, C. (1987). Análisis de componentes en un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13 (38).
- Bados, A. y Saldaña, C. (1990). Tratamiento conductual del miedo a hablar en público: 13 meses después. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16 (49), 441–464.
- Barlow, D. (2003). The nature and development of anxiety and its disorders: Triple vulnerability theory. *Eye on Psi Chi*, 7 (2), 14-20.

- Block, J. A. (2003). *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety*. State University of New York At Albany.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. P., Dal-Ré, R., Soria, J., Martínez, R, de la Torre, J., Doménech, R, González-Quirós, M., Bascarán, M. T., González, J. L. y Martínez de la Cruz, F. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheenan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medical Clinical*, 112,530-538.
- Bodie, G. D. (2010). A racing heart, rattling knees, and ruminative thoughts: Defining, explaining, and treating public speaking anxiety. *Communication Education*, 59, 70-105.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676–688.
- Caballo, V. E. (Ed.). (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). Siglo Veintiuno de España.
- Calderón, M. A. B. y Blázquez, F. P. (2014). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo-conductual. *Uaricha*, 11(24), 134-147.
- Chorot, P., Sandín, B y Valiente, R. (2010). Capítulo 6: Adquisición de miedo y fobias. *Miedos en la infancia y adolescencia*. España, Universidad Nacional de educación a distancia.

- Clark, D. M. (2001). *A cognitive perspective on social phobia*. International Handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness (p. 405-430). Londres: John Wiley & Sons.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 69, 1025.
- Craske, M., Niles, N., Burklund, L., Wolitzky-Taylor, K., Plumb, J., Arch, J., Saxbe, D. E. y Lieberman, M. D. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 1034-1048.
- Depaoli, S.T. (2015). *Evolución del miedo a hablar en público en universitarios argentinos. Relación con variables psicopedagógicas* (Doctoral dissertation, Universidad de Zaragoza).
- England, E. L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Rabin, S. J., Juarascio, A. y Goldstein, S. P. (2012). Acceptance-based exposure therapy for public speaking anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1 (1-2), 66-72.
- Finn, A. N., Sawyer, C. R. y Schrodt, P. (2009). Examining the effect of exposure therapy on public speaking state anxiety. *Communication Education*, 58, 92-109.
- Gallego, M. J., Botella, C., García-Palacios, A., Quero, S. y Banos, R. M. (2010). La escala de autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público (SSPS): propiedades psicométricas en una muestra española de fóbicos sociales. *Psicología conductual*, 18 (2), 343.

- Gallego, M. J., Botella, C., Quero, S., Garcia-Palacios, A. y Baños, R. M. (2009). Validación del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público en una muestra clínica española. *Psicología Conductual*, 17 (3), 413-431.
- García, L. (2013). *Tratando... trastorno de ansiedad social* (1ª ed). Ediciones Pirámide.
- Gillanders, D. T., Boderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S. y Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83-101.
- Glassman, L., Forman, E., Herbert, J., Bradley, L., Foster, E., Izzetoglu, M. y Ruocco, A. (2016). The Effects of a Brief Acceptance-Based Behavioral Treatment vs. Traditional Cognitive-Behavioral Treatment for Public Speaking Anxiety: An Exploratory Trial Examining Differential Effects on Performance and Neurophysiology. *Behavior Modification*. 40 (5), 748-776.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M., A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth J. P., Karekla, M. y McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Heimberg, R. G. y Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. Guilford Press.

- 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.
- Knappe, S., Sasagawa, S. y Creswell, C. (2015). Developmental epidemiology of social anxiety and social phobia in adolescents. *Social anxiety and phobia in adolescents* (pp. 39-70). Springer, Cham.
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Huta, V. y Antony, M. M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 51 (12), 889-898.
- Landy, L.N., Schneider, R.L. y Arch, J.J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Current opinion in psychology*, 2, 70-74.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social Phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Martínez-Monteagudo, M.C., Inglés, C.J., Vindel, A.C. y García-Fernández, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, 18, 201-219.
- Montorio, I., Fernández, M., Lázaro, S. y López, A. (1996). Dificultad para hablar en público en el ámbito universitario. Eficacia de un programa para su control. *Ansiedad y Estrés*, 2, 227-244.

- Moran, V. E., Azpilicueta, A. E., Cupani, M. y García-Lopez, L. J. (2019). Validación del Inventario de Fobia y Ansiedad Social–Forma Breve para universitarios argentinos. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 18 (2), 147-155.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: a re-interpretation of “conditioning” and “problem solving”. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Niles, A., Burklund, L., Arch, J., Lieberman, M., Saxbe, D. y Craske, M. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behavioral Therapy*, 45, 664-677.
- OECD (2021). *Mejorar la atención de la salud mental es fundamental para la recuperación de la pandemia de COVID-19*. Recuperado el 12 de marzo de 2022, de <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/mejorarlaatenciondelasaludmentalesfundamentalparalarecuperaciondelapandemiadecovid-19dicelaocde.htm>
- OPS (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 20 de marzo de 2022, de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Orejudo, S., Fernández-Turrado, T. y Briz, E. (2012). Resultados de un programa para reducir el miedo y aumentar la autoeficacia para hablar en público en estudiantes universitarios de primer año. *Estudios sobre educación*, 22, 199-217.
- Orejudo, S., Ramos, T, Nuño, J., Fernández-Turrado, T. y Herrero, M. (2006). Miedo a hablar en público. Implicaciones para el entorno académico en un contexto de reforma universitaria. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59, 257-276.

Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión (CIE 11)*. Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud. Ginebra: OMS; 2019.

Paul, G. L. (1966). *Insight vs desensitization in psychotherapy: An experiment in anxiety reduction*. Stanford University Press.

Ponce-Alencastro, J.A., Arredondo-Aldana, K. y Mera-Posligua, M.J. (2021). Ansiedad social: Intervención desde la terapia de aceptación y compromiso a propósito de un caso. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR*. ISSN: 2737-6273., 4 (8 Ed. esp.), 104-129.

Rapee, R. M. y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour research and therapy*, 35(8), 741-756.

Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D. y Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: Psychometric properties of the Spanish version of the "Cognitive Fusion Questionnaire". *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22 (1).

Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. Universidad de Almería. *Psicothema*, 25 (1), 123-129.

Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A. y Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 55, 322-331.

Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., Hu, C., ... Scott, K. M. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, *15*(1), 1-21.

Stein, M.B., Walker, J.R. y Forde, D.R. (1996). Public-speaking fears in a community sample: Prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 169-174.

Vidal Fernández, 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*.

Witt, P. L., Brown, K. C., Roberts, J. B., Weisel, J., Sawyer, C. R. y Behnke, R. R. (2006). Somatic anxiety patterns before, during, and after giving a public speech. *Southern communication journal*, *71* (1), 87-100.

6. Anexos

Anexo A: Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) (Bobes et al. 1999) validación española de *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS) (Liebowitz, 1987)

Lea atentamente cada frase y decida hasta qué punto esa situación afecta a su ansiedad y comportamiento. Por favor, conteste todas las preguntas.

Miedo o ansiedad

1. Nada
2. Un poco
3. Bastante
4. Mucho

Evitación

1. Nunca lo evito
2. En ocasiones lo evito (1-33%)
3. Frecuentemente lo evito (33-67%)
4. Habitualmente lo evito (67-100%)

1. Telefonar en público.
2. Participar en pequeños grupos.
3. Comer en lugares públicos.
4. Beber con otras personas en lugares públicos.
5. Hablar con gente importante (con personas que tienen autoridad).
6. Actuar o dar una charla frente a una audiencia.
7. Ir a una fiesta.

8. Trabajar mientras le observan.
9. Escribir mientras le observan.
10. Telefonar a alguien que no conoce muy bien.
11. Hablar con gente que no conoce muy bien
12. Reunirse con desconocidos.
13. Orinar en unos servicios públicos.
14. Entrar en una sala cuando otros ya están sentados.



- | | | | |
|----|---|----|---|
| 15 | Ser el centro de atención. | 20 | Presentar un informe a un grupo. |
| 16 | Tomar la palabra en una reunión. | 21 | Intentar ligar con alguien. |
| 17 | Realizar un examen, test o prueba. | 22 | Devolver una compra a una tienda. |
| 18 | Expresar desacuerdo o desaprobación a gente que no conoce muy bien. | 23 | Dar una fiesta. |
| 19 | Mirar a los ojos a gente que no conoce muy bien. | 24 | Resistir las presiones de un vendedor insistente. |

Anexo B: Consentimiento informado.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN:

“Entrenamiento de estudiantes universitarios para el afrontamiento del miedo a hablar en público mediante la aceptación y la realidad virtual”

Nos gustaría invitarte a participar en esta investigación desarrollada por un equipo de profesores de los departamentos de Psicología, Fisioterapia y Farmacia y Biotecnología de la Universidad Europea de Madrid. El estudio está relacionado con el afrontamiento del miedo a hablar en público en estudiantes universitarios. Participa sólo si deseas hacerlo. Si eliges no participar no supondrá ningún tipo de inconveniente para ti. Antes de decidir si deseas participar, es importante que comprendas por qué se realiza esta investigación y qué implicará tu participación. Tómate tu tiempo para leer la siguiente información y pregúntanos si algo no está claro o si deseas más información.

¿EN QUÉ CONSISTE ESTE ESTUDIO?

El objetivo es evaluar la eficacia de diferentes métodos para hacer frente al miedo a hablar en público. Los resultados obtenidos nos ayudarán a mejorar la formación integral de los estudiantes. Ello a su vez nos ayudará a comprender mejor cómo promover cambios útiles en los procedimientos disponibles. Además, es posible que la participación te resulte útil para manejar tu propio miedo a hablar en público.

¿QUÉ ME PEDIRÁN QUE HAGA SI PARTICIPO EN ESTE ESTUDIO?

- Tendrás la opción de recibir gratuitamente formación para afrontar el miedo a hablar en público. Esta formación incluirá una práctica de hablar en público en distintos momentos.
- Tendrás que completar algunos cuestionarios a través de un ordenador. Deberás hacerlo en 3 momentos diferentes: al inicio de tu participación, al finalizar la formación y 3 meses más tarde. Completar los cuestionarios no te llevará más de 15 minutos.
- A lo largo de cuatro sesiones tendrás que practicar hablar en público, ya sea en realidad virtual o en situaciones reales.
- Tendrás que permitirnos medir algunas respuestas fisiológicas a través de un pulsómetro en diferentes momentos del estudio cuando estés practicando el afrontamiento del miedo a hablar en público.

¿MI INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ PRIVADA?

Tus respuestas serán confidenciales. No recogeremos ninguna información identificativa. Todo el proceso de la investigación se realizará garantizando el anonimato de los participantes, y la voluntariedad de la participación. Los datos serán tratados de acuerdo con el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de

medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos. Los datos recogidos solo estarán accesibles para los investigadores del estudio. La web que aloja los cuestionarios no recoge información personal de los participantes. Cuando se informe de los resultados en congresos o publicaciones, sólo se incluirán datos resumen de grupo y no será posible identificar respuestas específicas.

¿CON QUIÉN PUEDO HABLAR SI TENGO PREGUNTAS AL RESPECTO DE ESTE ESTUDIO?

Si necesitas cualquier tipo de aclaración, puedes contactar con el investigador principal de este estudio, Francisco Montesinos, en el Departamento de Psicología de la Universidad Europea, en el teléfono 912115566 o en el correo electrónico francisco.montesinos@universidadeuropea.es

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS COMO VOLUNTARIO DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN?

Tu participación es totalmente voluntaria. No habrá ninguna sanción para ti si eliges no participar. Puedes dejar de colaborar en cualquier momento que desees.

¿QUÉ SIGNIFICA QUE DOY MI CONSENTIMIENTO?

- Que has entendido la información que se le proporcionó en este formulario y estás dispuesto/a a participar en el estudio.
- Que has tenido la oportunidad de hacer preguntas al investigador y mencionar cualquier preocupación.
- Que el investigador respondió a tus preguntas y preocupaciones de manera adecuada.

Anexo C: Entrevista estructurada

Muchas gracias por venir y por confiar en nuestro equipo. Antes de nada, necesitamos hacerte algunas preguntas para saber si cumples los criterios para participar, y después te informaremos de todos los detalles. Ya sabes que toda la información que nos des es confidencial.

1. ¿Estás matriculado en la UEM? Curso y titulación.
2. ¿Cómo has conocido la existencia de este proyecto?
3. ¿Por qué crees que participar en este proyecto puede ayudarte? ¿Cuál es tu motivación para participar en el proyecto? (empatizar con lo que responda).
4. ¿Desde cuándo tienes miedo a hablar en público?
5. ¿Qué sueles sentir y pensar cuando hablas en público?
6. ¿En una escala de 1 a 10, cómo consideras que es en este momento tu miedo a hablar en público? (10=miedo extremo, 1=miedo muy bajo)
7. ¿Cómo interfiere el miedo en tu caso? (ejemplos de interferencia: por causa del miedo evito acudir a las presentaciones, no miro a la gente, intento acabar rápido, no soy capaz de hablar sin leer la pantalla o mis notas...) (Pedir detalles sobre el grado de interferencia).
8. ¿En una escala de 1 a 10, cuánto consideras que el miedo interfiere a la hora de realizar presentaciones orales? (1= el miedo no interfiere nada; y 10= el miedo interfiere muchísimo).
9. ¿Cómo te afecta tu miedo a hablar en público? (¿en el rendimiento o la nota de las asignaturas? ¿afecta al resto de tu vida? ¿pasas tiempo preocupado los días antes de presentar?).
10. ¿Qué sueles hacer cuando estás haciendo una presentación oral y sientes el miedo o la ansiedad? ¿haces algo para controlar o reducir tu ansiedad? ¿te ves corriendo, mirando a los papeles o haciendo alguna otra cosa para no sentirte tan mal?
11. ¿Evitas hacer presentaciones orales? ¿Con qué frecuencia? (nunca/a veces/a menudo/siempre).
12. Indica tu satisfacción contigo mismo en este momento a la hora de hacer presentaciones orales (1-10, siendo 1= nada satisfecho; y 10=muy satisfecho).
13. ¿Estás tomando algún fármaco en la actualidad para la ansiedad, la depresión o algún otro problema psicológico? (en caso afirmativo, qué fármaco y qué dosis).
14. ¿Tomas tranquilizantes o algún otro fármaco antes de hacer presentaciones orales? (en caso afirmativo, qué fármaco y qué dosis).
15. ¿Con qué frecuencia consumes alcohol?
16. ¿Consumes alguna droga? ¿Cuál/es? ¿Con qué frecuencia?
17. ¿Has ido al psicólogo o psiquiatra alguna vez? ¿Sobre qué problemas has consultado?
18. ¿Has tomado alguna medicación en relación a ello? (consumo de psicofármacos)

Anexo D: Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II) (Ruiz et al., 2013) validación española de *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ) (Bond et al., 2011; Hayes et al, 2004).

Debajo encontrarás una lista de afirmaciones. Por favor, puntúa en qué grado cada afirmación ES CIERTA PARA TI haciendo un círculo en los números de al lado. Usa la siguiente escala para hacer tu elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1 2 3 4 5 6 7
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	1 2 3 4 5 6 7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1 2 3 4 5 6 7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena	1 2 3 4 5 6 7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1 2 3 4 5 6 7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	1 2 3 4 5 6 7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1 2 3 4 5 6 7

Anexo E: Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) (Romero-Moreno et al., 2014) validación española del *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ) (Gillanders et al., 2014).

A continuación, se presentan algunas frases. Por favor, indique hasta qué punto se aplican a usted o le definen utilizando la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional	1 2 3 4 5 6 7
2. Me siento tan atrapado/a en mis pensamientos que soy incapaz de hacer las cosas que realmente quiero hacer	1 2 3 4 5 6 7
3. Tiendo a analizar demasiado las situaciones, hasta un punto que me perjudica	1 2 3 4 5 6 7
4. Lucho con mis pensamientos	1 2 3 4 5 6 7
5. Me enfado conmigo mismo/a por tener determinados pensamientos	1 2 3 4 5 6 7
6. Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos	1 2 3 4 5 6 7
7. Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos molestos incluso cuando sé que hacerlo me ayudaría	1 2 3 4 5 6 7

Anexo F: Cuestionario de confianza para hablar en público (PRCS) (Bados, 1986) validación española de *Personal Report of Confidence as Speaker (PRCS)* (Paul, 1966).

Piensa en las ocasiones en las que hayas tenido que hablar a un auditorio (a tu clase en el instituto o en la universidad, por ejemplo), y valora estas afirmaciones en tu caso: 1 (a la izquierda) si estás totalmente en desacuerdo; 5 a la derecha si estás totalmente de acuerdo

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Cuando hablo delante de un auditorio, los pensamientos se me confunden y mezclan	1 2 3 4 5
2. No tengo miedo de estar enfrente de un auditorio	1 2 3 4 5
3. Aunque estoy nervioso(a) justo antes de ponerme de pie, pronto olvido mis temores y disfruto de la experiencia	1 2 3 4 5
4. Afronto con completa confianza la perspectiva de dar una charla	1 2 3 4 5
5. Creo que estoy en completa posesión de mí mismo(a) mientras hablo	1 2 3 4 5
6. Aunque hablo con fluidez con mis amigos, no encuentro palabras para expresarme en la tarima	1 2 3 4 5
7. Me siento relajado(a) y a gusto mientras hablo	1 2 3 4 5
8. Siempre que me es posible, evito hablar en público	1 2 3 4 5



9. Mi mente está clara cuando me encuentro delante de un auditorio	1 2 3 4 5
10 Mi postura parece forzada y poco natural	1 2 3 4 5
11. Tengo miedo y estoy tenso(a) todo el tiempo que estoy hablando delante de un grupo de gente	1 2 3 4 5
12. Me siento aterrorizado(a) ante la idea de hablar delante de un grupo de personas	1 2 3 4 5

Anexo G: Escala de autoverbalizaciones sobre la situación de hablar en público (SSPS) (Gallego et al., 2010) adaptación española de *Self-statements during Public Speaking Scale* (SSPS) (Hoffman y Dibartolo, 2000).

Totalmente en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6

1.¿Qué tengo que perder? Vale la pena intentarlo	1	2	3	4	5	6
2.Soy un perdedor	1	2	3	4	5	6
3.Esta es una situación incómoda, pero yo puedo manejarla	1	2	3	4	5	6
4.Fracasar en una situación sería una prueba más de mi incapacidad	1	2	3	4	5	6
5.Incluso si las cosas no salen bien, no es una catástrofe	1	2	3	4	5	6
6.Puedo manejarlo todo	1	2	3	4	5	6
7.Diga lo que diga, probablemente sonará estúpido	1	2	3	4	5	6
8.Probablemente voy a echarlo todo a perder	1	2	3	4	5	6
9.En vez de preocuparme podría concentrarme en lo que quiero decir	1	2	3	4	5	6
10.Seguramente la gente se dará cuenta de que soy torpe y tonto	1	2	3	4	5	6

Anexo H: Cuestionario de autoeficacia e inquietud en situaciones de hablar en público (Bados, 1986)

A continuación aparecen doce actividades que implican intervenir en público. Responde, por favor, en la columna de la izquierda de la HOJA DE RESPUESTA cuán convencido estarías de poder realizar cada una de ellas si se te pidiera que las hicieras ahora. Utiliza para ello los números de la siguiente escala:

- 1 = Claramente, NO podría realizar esta actividad.
- 2 = Casi seguro que NO podría realizar esta actividad.
- 3 = Probablemente, NO podría realizar esta actividad.
- 4 = Probablemente, SI podría realizar esta actividad.
- 5 = Casi seguro que SI podría realizar esta actividad.
- 6 = Claramente, SI podría realizar esta actividad.

Luego vuelve a leer estas actividades y responde en la columna de la derecha de la HOJA DE RESPUESTA cuánta inquietud, miedo, preocupación o desasosiego te produce o te produciría el realizar cada una de ellas. Utiliza para ello los números de la siguiente escala.

- 1 = Nada de inquietud o miedo.
- 2 = Muy poca inquietud o miedo.
- 3 = Algo de inquietud o miedo.
- 4 = Bastante inquietud o miedo.
- 5 = Mucha inquietud o miedo.
- 6 = Muchísima inquietud o miedo.

Contesta, por favor, todos los ítems y hazlo rápidamente; registra justamente tu primera impresión.

NOTA. Es importante que dobles la HOJA DE RESPUESTA por la mitad, a lo largo, antes de empezar a contestar la columna de la derecha, para que así las contestaciones en la primera columna no influyan en las de la segunda.

1. Exponer en clase o en una reunión, ante 30 compañeros y sin notas, un trabajo de 15 minutos previamente preparado.
2. Hacer una pregunta extensa a un conferenciante o ponente ante 100 o más personas desconocidas en su mayor parte.
3. Dar una conferencia o responder ciertas preguntas durante 30 minutos sobre un tema preparado, en un estudio de TV ante el presentador del programa, cuatro o cinco técnicos y el operador de la cámara.
4. Dar una charla improvisada de 15 minutos sobre un tema conocido ante un pequeño número de personas (10 o menos).
5. Leer una conferencia de 50 minutos ante 60 personas, en su mayor parte desconocidas.
6. Hacer un comentario de 2 minutos o más en clase o en una reunión sobre algo dicho por el profesor, por otro compañero o por otra persona.
7. Dar una conferencia preparada de 45 minutos, con notas, ante un auditorio de 50 o más personas desconocidas en su mayor parte y entendidas en la materia.
8. Responder en clase o en una reunión, públicamente, a una pregunta hecha en general por el profesor, por un compañero o por una persona, y cuya respuesta conoces.
9. Presentar una comunicación de 15 minutos, con notas, en un Congreso ante un auditorio de 60 o más personas desconocidas.
10. Expresar tu opinión en clase o en una reunión sobre cierta cuestión debatida, a petición del profesor, de algún compañero o de alguna persona.
11. Dar una charla memorizada ante un auditorio de 20-30 personas desconocidas y entendidas en la materia.
12. Hacer una pregunta en clase o en una reunión al profesor, a un compañero o a una persona sobre algo que no has entendido.

**Anexo I: Lista de Verificación Conductual para la Ansiedad de Ejecución (Bados, 1986)
adaptación española de *Timed Behavioral Checklist for Performance Anxiety* (Paul, 1966).**

Código de participante: _____ FECHA: _____ HORA: _____

Lista de Verificación Conductual para la Ansiedad de Ejecución

(Paul, 1966, adaptado por Bados, 1986)

1.Registra con una X, la presencia de alguna de las siguientes conductas en períodos de 2 minutos.

	Tiempo 1 0-2'	Tiempo 2 3-5'	Tiempo 3 6-8'	Tiempo 4 9-11'
1.Se balancea				
2. Movimientos no pertinentes de brazo y mano (los balancea, juega con ellos, se rasca, retuerce las manos, se frota, se muerde las uñas, se acaricia, se hurga la nariz, "juega" con la ropa, pulsera, collar, gafas, etc.)				
3.Manos refrenadas (en los bolsillos, detrás de la espalda, apretadas, brazos cruzados)				
4.Temblor de manos				
5.Ausencia de contacto visual				
6.Músculos faciales tensos (tensión, tics, muecas)				
7.Cara sin expresión				
8.Sonrisa o risa inapropiada				
9.Frunce, se humedece o se muerde los labios				
10.Traga saliva				
11.Se aclara la garganta				
12.Respira fuerte o pesadamente o suspira				
13.Se le estremece o tiembla la voz				
14.Bloqueos de la charla o tartamudeos				