



**Universidad  
Europea** MADRID

# **Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en una muestra de estudiantes con miedo a hablar en público**

---

Máster en Psicología General Sanitaria

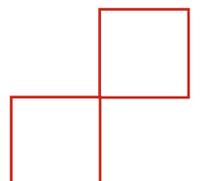
---

Autora: Florencia García Fernández-Tresguerres  
Tutor: Francisco Montesinos Marín

2021-2022

**Campus Villaviciosa de Odón**  
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón  
28670 Madrid  
[universidadeuropea.com](http://universidadeuropea.com)

**Campus Alcobendas**  
Avenida Fernando Alonso, 8  
28108 Madrid



## Resumen

El presente trabajo aborda el frecuente problema del miedo a hablar en público en una muestra de estudiantes universitarios (N=11). Para ello, se lleva a cabo una intervención desde el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con cada uno de los participantes, consistente en 5 sesiones. Los resultados han sido analizados estadísticamente, comparando las puntuaciones previas y posteriores a la intervención. Se consideran las variables ansiedad social, miedo a hablar en público, evitación experiencial, fusión cognitiva y ansiedad conductual (operativizada como conductas de aproximación y conductas de evitación). Los datos son evaluados por medio de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), el Cuestionario de Fusión Cognitiva (FCQ), la Escala de Confianza para Hablar en Público (PRCS) y dos Listas de Verificación Conductual para registrar las conductas de aproximación y de evitación conductual.

Los análisis sugieren que la intervención ha resultado efectiva sobre las variables ansiedad social, miedo a hablar en público, evitación experiencial y sobre las conductas de aproximación, no siendo así para el caso de las conductas de evitación. A la vista de los resultados, ACT, con su modelo de la inflexibilidad psicológica, resulta una terapia de elección a la hora de intervenir sobre el miedo a hablar en público.

## Palabras clave

Ansiedad Social, Evitación Experiencial, Flexibilidad psicológica, Fusión Cognitiva, Miedo a Hablar en Público, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Terapia de Tercera Generación



## **Abstract**

This study addresses the common fear of public-speaking on a sample of college students (N=11). For this purpose, an intervention is carried out, using the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) approach on each one of the participants, consisting of 5 sessions. Results have been statistically analyzed, comparing pre- and post- intervention scores. Social anxiety, public-speaking fear, cognitive fusion, experiential avoidance and behavioral anxiety (operationalized as approach behaviors and avoidance behaviors) are the considered variables. Data is evaluated through the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), the Cognitive Fusion Questionnaire (FCQ), the Personal Rapport of Confidence as a Speaker (PRCS) and two behavioral-observation checklists (to register the approach behaviors and avoidance behaviors).

Analysis suggest the success of the intervention on variables social anxiety, public-speaking fear, cognitive fusion, experiential avoidance, behavioral anxiety and approach behaviors, being the avoidance behaviors the only exception. Thus, ACT, with its psychological inflexibility model, is a therapy of choice when intervening on public-speaking fear.

## **Keywords**

Acceptance and Compromise Therapy (ACT), Cognitive Fusion, Contextualism, Experiential Avoidance, Psychological flexibility, Public-Speaking Fear, Social Anxiety, Third Generation Therapies



## Índice

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	5
OBJETIVOS:.....	12
HIPÓTESIS:.....	13
<b>2. MATERIALES Y MÉTODOS .....</b>	<b>14</b>
DISEÑO.....	14
MUESTRA .....	14
INSTRUMENTOS Y/O MATERIALES.....	15
PROCEDIMIENTO .....	17
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS .....	20
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>21</b>
ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL DE LIEBOWITZ (LSAS).....	22
CUESTIONARIO DE CONFIANZA PARA HABLAR EN PÚBLICO (PRCS) .....	23
CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (AAQ-II).....	25
CUESTIONARIO DE FUSIÓN COGNITIVA (CFQ).....	26
CONDUCTAS DE APROXIMACIÓN.....	28
CONDUCTAS DE EVITACIÓN .....	29
<b>4. DISCUSIÓN.....</b>	<b>31</b>
<b>5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>37</b>
<b>6. ANEXOS .....</b>	<b>44</b>
<i>Anexo 1</i> .....	45
<i>Anexo 3</i> .....	50
<i>Anexo 4</i> .....	52
<i>Anexo 5</i> .....	53
<i>Anexo 6</i> .....	54

## 1. Introducción

### Fundamentación Teórica

#### *Las Terapias de Tercera Generación*

Las Terapias de Tercera Generación, así bautizadas por Hayes, empiezan a ver la luz durante la segunda mitad del siglo pasado. Al igual que las Terapias de Segunda Generación, se apoyan en los principios del aprendizaje, pero su método de abordaje se basa en el pragmatismo del Contextualismo Funcional (CF): se enfatiza la importancia del contexto y no tanto la de las cogniciones.

Según el CF, la conducta llevándose a cabo en un contexto es un todo, objeto de análisis, y su naturaleza y su función son sensibles al papel que juega tal contexto. Mientras que la Terapia Cognitiva asume que es necesario modificar las cogniciones, las Terapias de Tercera Generación contemplan los eventos psicológicos como un conjunto de interacciones entre el organismo y el contexto histórico y situacional del sujeto, en los que se impone un criterio de verdad pragmática que se aplica sobre unos criterios específicos: la persona acaba por considerar verdadero lo que le funciona en un contexto dado, donde la naturaleza de la conducta adquiere y tiene sentido. Desde esta perspectiva, para manipular la conducta habría que manipular las variables contextuales y no tratar de contrastar la veracidad de las cogniciones, pues la frecuencia, la forma, o la especificidad situacional de los pensamientos ya no son vistas como las responsables de los efectos emocionales (Hayes, 2004; Coletti y Teti, 2015).

Entre las Terapias de Tercera Generación, encontramos la activación conductual (AC), la terapia de conducta dialéctica (TDC), la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la psicoterapia analítico funcional (FAP), la terapia cognitiva de la depresión basada en mindfulness (MBCT), etc. (Vallejo Pareja, 2010; Hayes, 2004). Estos métodos tienen en común el aventurarse en áreas de intervención y análisis clínicos menos empíricos, enfatizando aspectos como la aceptación, el mindfulness, la dialéctica, los valores, la espiritualidad, las relaciones o la defusión cognitiva (Hayes, 2004).

#### *La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR)*

Pese a que ACT se encuadra en el marco de las terapias conductuales, se basa en la comprensión empírica de la cognición humana (Hayes, 2004). La intervención con ACT se nutre de la investigación básica sobre el lenguaje y la cognición humana. El análisis conductual trata de sistematizar organizadamente conceptos verbales y reglas de base empírica que tienen valor predictor e influyente sobre la conducta, desde una perspectiva contextual-funcional derivada del conductismo radical (Coletti y Teti, 2015).

Zettle (2011) describe ACT como resultado de un proceso que surge con el intento de extender los límites del pensamiento skinneriano a fenómenos complejos de la clínica. Cuando ACT alcanza su período de diseminación, se muestra como una aproximación contextualista-funcional, apoyada en investigación básica enmarcada en la TMR, que permite entender los problemas humanos e intervenir sobre ellos.

La recién mencionada TMR toma la equivalencia de estímulos como un tipo de respuesta definida por la actividad de enmarcar eventos relacionamente: un estímulo adquiere las mismas funciones que otro (Hayes, 1991, como citado en Patrón-Espinosa, 2013). Un marco relacional consiste en “un patrón particular de respuesta controlada contextual y arbitrariamente que se estructura a partir de una historia de reforzamiento diferencial ante claves contextuales” (Patrón-Espinosa, 2013, p. 86).

Coletti y Teti (2015) resumen las propiedades clave de la TMR: vinculación mutua, vinculación combinatoria y transformación de funciones.

Las conductas verbal y simbólica son vistas como un mismo fenómeno. Pero esta capacidad lingüística también puede generar problemas psicológicos. Luciano y Valdivia (2006) y Rey (2004) identifican cuatro contextos causantes: la literalidad o bidireccionalidad, la formación de categorías o evaluación, el dar razones y la búsqueda de coherencia y la búsqueda de control de los eventos privados.

### *La psicopatología desde el enfoque de ACT y la TMR: la inflexibilidad psicológica*

La inflexibilidad psicológica consiste en la incapacidad de mantener o cambiar una conducta siguiendo metas y valores. Es resultado de un control contextual débil o inútil sobre los procesos lingüísticos, que relacionan un evento privado con sensaciones corporales o predisposiciones conductuales consideradas “malas” en un contexto. Además, la representación mental de estos estados aversivos puede invocar las sensaciones negativas per sé (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006).

Cuando la persona elude el ponerse en contacto con sus experiencias privadas e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona, decimos que sigue el patrón del trastorno de evitación experiencial (TEE) (Hayes et al., 1996, como citado en Patrón-Espinosa, 2013). Tratando de evadir este estado aversivo, se tiende a evitar el contexto inicial, lo cual puede ser efectivo a corto plazo, pero convertirse en problemático y limitante a largo plazo (Luciano y Hayes, 2001, como citado en García-Montes y Pérez-Álvarez, 2005). De acuerdo con Luciano y Valdivia (2006), el problema es el efecto bumerán: la persona a no cesa en el intento de evitar el malestar, que va incrementándose.

El contenido cognitivo no es problemático salvo que las características del contexto hagan que regule la conducta disfuncionalmente, alejando a la persona de sus metas y valores. La inadecuada o excesiva regulación conductual guiada por procesos verbales relativamente inflexibles (normas y redes relacionales)

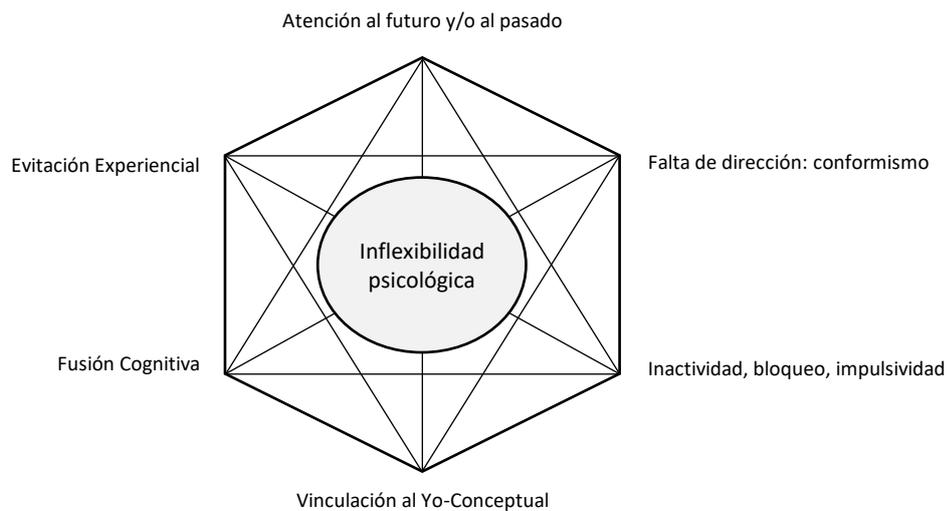
y no por las contingencias ambientales se llama fusión cognitiva. Esto se potencia si el individuo no conecta conscientemente con el presente (Hayes, 2004; Hayes et al. 2006; Coletti y Teti, 2018).

Estos dos contextos, el de control y el de literalidad, están interrelacionados: la fusión cognitiva apoya la evitación experiencial (Hayes et al., 1996, como citado en Hayes et al., 2006).

Al vivir “en nuestra cabeza”, el contacto con el presente disminuye. El futuro, el pasado y el yo conceptualizados, adquieren el poder sobre el comportamiento, incrementando más la inflexibilidad (figura 1). La persona persigue metas a corto plazo (tener razón, dar buena imagen, sentirse bien, defender un yo conceptualizado, etc.), perdiendo contacto con lo que quiere en la vida. Emergen patrones conductuales que dominan y limitan gradualmente el repertorio de la persona. La conducta se vuelve menos sensible al contexto presente, siendo más difícil de mantener o de cambiar buscando su eficacia (Hayes et al., 2006).

**Figura 1.**

*Modelo de la inflexibilidad psicológica*

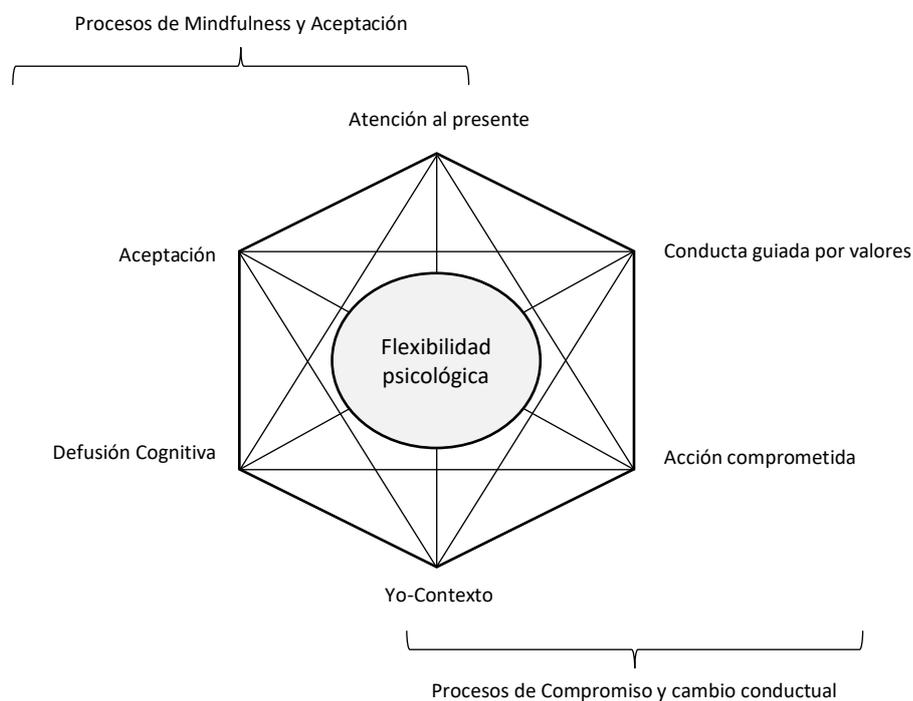


### *Los seis procesos centrales de ACT*

El objetivo de ACT es fomentar en el individuo la flexibilidad psicológica, es decir, la habilidad de contactar conscientemente con el presente y con los pensamientos y sentimientos que se dan, sin defensas innecesarias y, según qué ofrezca la situación, mantener o cambiar la conducta, orientándola hacia metas y valores (Hayes et al., 2006).

Los procesos centrales de ACT, considerados habilidades y no fines, se solapan e interrelacionan. Son tomados como un todo: cada uno apoya a los demás y todos fomentan la flexibilidad psicológica. Pueden dividirse en dos grupos: procesos de Mindfulness y aceptación (Fletcher y Hayes, en prensa, como citado en Hayes et al., 2006); y procesos de compromiso y cambio de conducta (figura 2).

**Figura 2.**  
*Modelo de la flexibilidad psicológica (hexaflex)*



### Aceptación

Como alternativa a la evitación, se promueve la voluntad de aceptar activa y conscientemente de eventos privados aversivos o no deseados, sin necesidad de cambiar su forma o su frecuencia. Facilita la acción orientada por valores (Hayes et al., 2006; Hayes et al., 1999, como citado en Wolgast, 2014).

### Defusión Cognitiva

Las técnicas de defusión se centran en modificar las funciones indeseadas de los pensamientos y otros eventos privados, creando contextos en los que las funciones inútiles disminuyen. De este modo, se hacen necesarias respuestas más adaptativas, sujetas a contingencias ambientales. Rompiendo la literalidad con la que la persona toma sus pensamientos, se altera la interacción o relación entre ellos sin tratar de cambiar



su forma, frecuencia o sensibilidad situacional (Blackledge, 2007; Hayes et al., 2006). Para ello, se crean contextos no literales y no evaluativos donde se pasa de “observar desde los pensamientos” a “observar los pensamientos” (Coletti y Teti, 2018), reduciendo su credibilidad. El proceso de defusión conlleva buscar una alternativa al control: la aceptación antes mencionada (Hayes et al., 2006).

Entre estas técnicas encontramos: imaginar las características sensoriales del pensamiento, verbalizarlo reiteradamente hasta que las palabras pierdan su sentido y credibilidad, externalizarlo dándole forma, tamaño, color, movimiento, etc., agradecerle a la mente el pensamiento, etiquetar el proceso de pensar, etc. El Mindfulness también resulta de gran utilidad (Haley et. al., 2008; Hayes et al., 2006).

#### Conectar con el momento presente

El contacto no juicioso con los eventos ambientales y psicológicos en curso permite experimentar el mundo directamente, flexibilizando el comportamiento y fomentando acciones más coherentes con los valores. El lenguaje se usa para describir y percibir eventos y no para predecirlos y juzgarlos. Se promueve el percibir el yo como un proceso (Hayes et al., 2006).

#### Yo-contexto

Los marcos relacionales conducen a desarrollar un sentido del yo como lugar o perspectiva. Proporciona un lado espiritual trascendente a los humanos verbales normales. La idea es que el "yo" emerja sobre grandes conjuntos de ejemplos de relaciones de toma de perspectiva, dándole al yo el sentido de contexto para el conocimiento verbal, no el contenido de ese saber. El yo como contexto favorece la conciencia sobre el propio flujo de experiencias, sin apego a ellas. Se instauro como lugar en el que ocurren experiencias particulares, fomentando la defusión y la aceptación. Se fomenta mediante ejercicios de atención plena, metáforas y procesos experienciales (Hayes et al., 2006).

#### Valores como guía

Los valores no son alcanzables per sé, pero a partir de ellos se pueden establecer propósitos, direcciones vitales hacia las que encaminar las acciones comprometidas, haciéndolos presentes como elección momento a momento. De este modo no se obedece a procesos verbales que podrían fomentar elecciones basadas en la evitación, la complacencia social o la fusión (Hayes et al., 2006).

#### Acciones comprometidas

Buscando desarrollar el repertorio conductual vinculado a valores, ACT usa métodos similares o iguales a los de modificación de conducta tradicionales (exposición, desarrollo de habilidades, etc.). Se persiguen metas a corto, medio y largo plazo. Los cambios en la conducta conectan con las barreras psicológicas que se abordan mediante los otros procesos (Hayes et al., 2006).

*El miedo a hablar en público (MHP)*

El miedo es una respuesta adaptativa, salvo que obstaculice las actividades del día a día o genere malestar. El MHP no está considerado como trastorno per sé, pero cuando su vivencia y manifestación son extremas, generando un malestar significativo e impidiendo a la persona hacer vida con normalidad, sí podemos tratarlo como tal. En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (APA, 2013) se engloba dentro de la categoría del Trastorno de Ansiedad Social.

Se estima que está presente en un rango que va del 20% (Cho y Won, 1997; Pollard y Henderson, 1988) al 34% (Stein et al., 1996) de los adultos. En personas con fobia social está presente en la mayoría: 77%, según Furmark et al. (1999), y un 89,4%, según Faravelli et al. (2000). En España, Montorio, Guerrero e Izal (1991) lo detectan en el 45% de universitarios (como citado en Gallego, Botella, Quero, García-Palacios y Baños, 2009). Según Ferreira, Mesquita, Côrtes y Caldas (2017), se da una prevalencia del 63,9% en una muestra brasileña; y Dwyer y Davidson (2012; como citado en Gallego et al., 2020), obtienen una prevalencia del 61% entre estudiantes en Estados Unidos.

La respuesta de miedo evoca una fuerte conmoción del estado de ánimo y cambios somáticos (Cano-Vindel, 1995, 1997, como citado en Cano-Vindel, 2003), derivados de la activación de los Sistemas Nerviosos Autónomo, Somático/Motor, Central, el Sistema Endocrino, el Sistema Inmune, etc.), que se manifiestan en la expresión facial, la postura, los gestos, el tono de voz, etc.

La percepción subjetiva, la manifestación somática y la manifestación motora observable se relacionan entre sí de forma significativamente baja, de modo que, aunque interactúen, se toman como sistemas parcialmente independientes. Esto se conoce como la teoría de los tres sistemas de respuesta emocional de Lang (1968; como citado en Cano-Vindel, 2003).

Las conductas que manifiestan ansiedad abarcan inquietud motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse alguna parte del cuerpo, movimientos rítmicos con las extremidades, moverse sin una finalidad concreta, manipulación de objetos, etc.); conductas que manifiestan un exceso de tensión muscular (torpeza, temblores, paralización, tartamudez u otras dificultades verbales, etc.); conductas que manifiestan malestar o distrés (llanto, expresiones de susto, miedo o desesperación, evitación o escape, etc.); conductas consumatorias que dan sensación subjetiva de seguridad y conductas consumatorias que reducen la activación fisiológica y/o cognitiva. Para evaluarlas se puede recurrir a escalas de observación o a autoinformes (Miguel-Tobal, 1990, como citado en Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999).

El TEE, explicado anteriormente, ha sido propuesto como elemento común de muchos síndromes de los sistemas de clasificación diagnóstica, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (Hayes et al., 1996), ya que los diagnósticos se proponen identificando contenidos “cognitivos” o reacciones concretas ante distintos estímulos o

circunstancias (pero estos se centran en la topografía). El MHP, desde el enfoque de ACT, se puede observar como el resultado la relación interna de las manifestaciones físicas percibidas (al sentir miedo/ansiedad) con las verbalizaciones que hace la persona sobre sí misma (lo que siente, lo que piensan otros de ella, etc.), activado en el contexto de hablar en público. La investigación corrobora estos datos, relacionando la inflexibilidad psicológica con los trastornos de ansiedad y con la tendencia a evitar la activación fisiológica (Zvolensky y Eifert, 2001; como citado en Gallego et al., 2020).

Las intervenciones que se han llevado a cabo sobre el MHP tradicionalmente han sido el tratamiento farmacológico (ISRS, IMAO, RIMA, benzodiacepinas, betabloqueantes adrenérgicos), y las intervenciones cognitivo-conductuales (exposición, reestructuración cognitiva, relajación y entrenamiento en habilidades sociales) (Baeza Velasco, 2007; Luterek, Eng y Heimberg, 2003; Elizondo Arias, 2016).

Hay otros estudios sobre la intervención con ACT en el MHP: Block (2002), England et al. (2012), Glassman et al. (2016), Brandrick et al. (2021), Neck y Yong-rae (2015), o el de Gallego et al. (2020), probando que el intervenir sobre la inflexibilidad psicológica resulta en un detrimento de la ansiedad generada al hablar en público y en una mejoría de la tolerancia al malestar.

### *La observación conductual*

Una de las consecuencias del modelo que plantea la teoría de los tres sistemas, mencionada anteriormente, es que surge la necesidad de evaluar por separado cada sistema de respuesta (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999; Cano-Vindel, 2003). Y ocurre que, mientras que las experiencias emocionales desagradables no son observables, sí lo son las respuestas fisiológica y motora. Por ello, se recurre a la observación conductual como método de evaluación.

El método observacional (MO) consiste en la observación directa de la conducta de un organismo para identificar y analizar patrones de conducta, delimitándolos, y describiéndolos (Alonso et al., 2017). Esta metodología da forma a las categorías conductuales exhaustiva y excluyentemente. Requiere determinar la estrategia del muestreo, el tipo de registro, el entrenamiento de los observadores y el control de la calidad de los datos y su análisis (Alonso et al., 2017). Se hacen necesarias la sistematicidad, la objetividad y la periodicidad (Herrero, 1997, como citado en Díaz, 2013).

El MO destaca por facilitar el estudio del comportamiento en situaciones naturales y cuasi-naturales (Blanco et al., 2010, como citado en Díaz Hernández, 2013). Tiene ventajas tales como que reduce los sesgos que pueden darse en los informes, los autoinformes, o los causados por el entrevistador durante una entrevista (Martínez et al., 2021). El delimitar el tiempo y el espacio posibilita que la conducta ocurra con una frecuencia y duración asequibles a las técnicas de observación y a su medición (Altmann, 1974, como citado en Martínez et al., 2021). Además, facilita el estudio progresivo de casos, permite su seguimiento y recopilar gran cantidad de información de la situación observada (Anguera, 1988; 1990; como citado en Díaz, 2013).

Por contra, si los datos se obtienen puntualmente y sin seguimiento pueden resultar inconsistentes. Requiere un especial cuidado de los aspectos éticos porque podrían observarse conductas de carácter personal sin los consiguientes permisos. Por último, aunque esta metodología es rigurosa y flexible, conlleva invertir tiempo y esfuerzo, y precisa de instrumentos de observación de probada bondad, así como un entrenamiento cuidado de los observadores (Díaz, 2013).

La transformación de continuo de comportamiento en un dato cuantificable y susceptible de análisis exige, cuanto menos, dos tipos de instrumentos: de codificación y de observación (Díaz, 2013).

Puede realizarse in situ o recogiendo la información en vídeo.

Vistos todos los conceptos fundamentales para entender este estudio, se procede a explicar los objetivos del mismo.

#### **Objetivos:**

El principal objetivo de este estudio es comprobar si ACT resulta efectiva en el tratamiento del MHP. Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Contrastar la eficacia de ACT en personas con MHP sobre la variable “ansiedad social”.
2. Contrastar la eficacia de ACT en personas con MHP sobre la variable “miedo para hablar en público”.
3. Contrastar la eficacia de ACT en personas con MHP sobre la variable “evitación experiencial”.
4. Contrastar la eficacia de ACT en personas con MHP sobre la variable “fusión cognitiva”.
5. Contrastar la eficacia de ACT en personas con MHP sobre la variable “ansiedad conductual”.

### Hipótesis:

Con respecto a la variable “ansiedad social”, se hipotetiza que:

1. Las puntuaciones obtenidas en la prueba “Post” serán significativamente menores que las obtenidas en la prueba “Pre”, indicando una disminución de la ansiedad social.

Con respecto a la variable “miedo a hablar en público”, se hipotetiza que:

2. Las puntuaciones obtenidas en la prueba “Post” serán significativamente menores que las obtenidas en la prueba “Pre”, indicando una disminución del miedo a hablar en público.

Con respecto a la variable “evitación experiencial”, se hipotetiza que:

3. Las puntuaciones obtenidas en la prueba “Post” serán significativamente menores que las obtenidas en la prueba “Pre”, indicando una disminución de la evitación experiencial.

Con respecto a la variable “fusión cognitiva”, se hipotetiza que:

4. Las puntuaciones obtenidas en la prueba “Post” serán significativamente menores que las obtenidas en la prueba “Pre”, indicando una disminución de la fusión cognitiva.

Con respecto a la variable “ansiedad conductual”, se hipotetiza que:

5. Las puntuaciones obtenidas por medio de la Lista de Verificación de Conductas de Aproximación serán significativamente mayores en la prueba “Post” que las obtenidas en la prueba “Pre”, indicando una disminución de la ansiedad conductual.
6. Las puntuaciones obtenidas por medio de la Lista de Verificación de Conductas de Evitación serán significativamente menores en la prueba “Post” que las obtenidas en la prueba “Pre”, indicando una disminución de la ansiedad conductual.

## 2. Materiales y métodos

### Diseño

Se trata de un diseño cuasi-experimental, con medidas repetidas, “pre” y “post”, sin aleatorización de sujetos ni control de contexto. No hay grupo control.

Es preciso aclarar que este estudio se enmarca en un proyecto de investigación mayor: “Entrenamiento de estudiantes universitarios para el afrontamiento del MHP mediante la aceptación y la realidad virtual” desarrollado por el grupo de investigación “Psicología clínica y salud”, financiado por la Universidad Europea (proyecto nº P2019/UEM13) y aprobado por el comité de ética de la investigación de la Universidad Europea (CIP/19/052). Está dirigido por Francisco Montesinos Marín, tutor de este TFM.

### Muestra

Para obtener la muestra, se ha llevado a cabo un reclutamiento mediante el anuncio del estudio en la Universidad Europea de Madrid. Los medios empleados para propagar la información han sido:

- Carteles
- Pantallas informativas
- Redes sociales: Se ha creado una cuenta de Instagram (hablarenpublico\_UE) para dar voz al estudio en internet
- Profesorado
- Efecto “bola de nieve”: Los alumnos que reciben o ven dichos anuncios y muestran interés en el estudio pueden ofrecerse a participar y/o avisar a otros alumnos que puedan mostrar interés en el mismo

Para el presente trabajo, he tenido acceso a un total de 11 participantes de entre 18 y 30 años, 4 hombres y 7 mujeres, estudiantes de grados varios, ofrecidos voluntariamente para participar en la investigación de intervención con ACT de la Universidad Europea.

A lo largo de la primera entrevista se ha comprobado que cada participante cumpla unos criterios de inclusión, a saber:

- Ser estudiante universitario/a de la Universidad Europea de Madrid
- Obtener una puntuación mínima igual o superior a 52 en la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), según criterios de González et al. (2001)

Asimismo, como criterios de exclusión se han establecido:

- Presentar un trastorno mental grave o un diagnóstico de esquizofrenia
- Abuso de drogas y/o alcohol
- Estar tomando medicación psiquiátrica
- Estar asistiendo a terapia psicológica

### Instrumentos y/o Materiales

Para la recogida de datos se toman medidas pre y post intervención, pasando los siguientes instrumentos:

#### *Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (1987) (Anexo 2)*

Inicialmente se diseñó para que el clínico la aplicara a durante la entrevista y posteriormente se adaptó para usarla como instrumento de autoinforme. Evalúa el grado de temor o de ansiedad y la frecuencia de la evitación. Consta de 24 ítems referentes a situaciones sociales específicas: 13 de interacción social y 11 de actuación. Emplea dos subescalas de tipo Likert: la primera evalúa el temor o la ansiedad y va de 0 (“ninguna”) a 4 (“grave”); la segunda evalúa la evitación y va de 0 (“nunca”) a 4 (“habitualmente”). La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones directas de las subescalas.

Las propiedades psicométricas de la LSAS-SR son adecuadas. La fiabilidad va de moderada a alta (0,79–0,94) (Salazar, 2013) y los niveles de consistencia interna son entre 0,83 y 0,92 para la subescala de Ansiedad, entre 0,84 y 0,91 para la subescala de Evitación y entre 0,86 y 0,95 para la escala total (Caballo et al., 2013; Salazar, 2013, como citado en Salazar et al., 2018). La relación entre las puntuaciones y los distintos niveles de ansiedad es:

- $\leq 51$  → Ansiedad social leve
- 52-81 → Ansiedad social moderada
- $\geq 82$  → Ansiedad social grave

De sus propiedades psicométricas se ha informado sobre buenos índices de fiabilidad test-retest y adecuadas consistencia interna y validez convergente y discriminante (p. ej., Baker et al., 2002; Fresco et al., 2001; Heimberg et al., 1999)

*Cuestionario de Confianza para Hablar en Público de Paul (1966, adaptado por Bados, 1986) (Anexo 3), obtenido de Hidalgo et al. (2002)*

Consta de 12 ítems (enunciados), 6 positivos y 6 negativos, a los que se responde expresando el grado de acuerdo, en una escala del 1 (mínimo acuerdo) al 5 (máximo acuerdo). Evalúa las respuestas (afectivas, cognitivas y conductuales) experimentadas al hablar en público. La puntuación mínima es 12 y la máxima 60, siendo el valor central 36. Se puntúa invirtiendo el valor de los ítems negativos y sumando la totalidad de ítems. A mayor puntuación más miedo a hablar en público.

Gallego et al. (2009) obtienen una consistencia interna alta (0,89).

*Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) de Ruiz et al. (2013) (Anexo 5)*

Este cuestionario evalúa la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica, arrojando una medida complementaria a la de la fusión cognitiva, pero con mayor sensibilidad a las variaciones pre y post. Los ítems reflejan la capacidad para llevar a cabo acciones dirigidas hacia los valores de la persona. Consta de 7 ítems evaluables mediante una escala de tipo Likert con 7 alternativas, siendo 0 nunca y 7 siempre.

El estudio original mostraba una consistencia interna de 0,7, mientras que el de Romero-Moreno et al. (2014) fue de 0,59.

*Cuestionario de Fusión Cognitiva (Anexo 4), versión en español, obtenido de Romero-Moreno et al. (2014)*

Consta de 7 ítems a los que se responde de igual manera que en el cuestionario anterior, expresando el grado de acuerdo, en una escala del 1 (“nunca”) al 7 (“siempre”).

Según los autores, la consistencia interna es ( $\alpha = 0,87$ ).

*Listas de Verificación de Conductas de Aproximación y Conductas de Evitación (Anexos 6 y 7)*

Desarrolladas por el grupo de investigación “Psicología clínica y salud” de la Universidad Europea, basado en la Behavioral Checklist for Performance Anxiety (Paul, 1966, adaptada por Bados, 1986). Estas dos listas de verificación se emplean aplicando un protocolo de observación: Mientras se visualizan los vídeos en el

programa CODIMG, explicado debajo, se anotan las conductas observadas. Para ello, se visualizan los vídeos durante 2 minutos y se anota durante 1 minuto lo observado, hasta completar los 12 minutos de exposición de cada uno de los participantes para la prueba pre y la prueba post. Se llevó a cabo el registro conductual tanto con las conductas de evitación como con las de aproximación.

#### *CODIMG' behavioral observation and analysis coding software*

Se trata de una herramienta de recogida de datos, por medio de observación de vídeos, que facilita su visualización y análisis a tiempo real o a partir de un archivo. La interfaz está diseñada para marcar y etiquetar partes concretas del vídeo, seleccionando las categorías previamente establecidas en una plantilla. Requiere el pago de una licencia, aunque dispone de prueba gratuita.

Con este programa se han codificado las conductas de aproximación y de evitación, generando previamente las etiquetas correspondientes a los ítems mostrados en los de las listas de verificación de conductas (anexos 6 y 7). Las categorías (ítems principales) se pueden subdividir en descriptores. Desde el programa se pueden exportar los datos cuantitativos y añadir comentarios en momentos concretos de los vídeos para hacer valoraciones cualitativas.

#### *IBM SPSS Statistics, versión 28.0.1.1*

Se ha empleado este programa obteniendo una licencia de prueba gratuita de 30 días. Se trata de un programa de análisis estadístico de IBM para llevar a cabo los análisis de los resultados, los cuales pueden importarse desde un archivo de Excel generado desde el programa anteriormente mencionado.

## **Procedimiento**

El proceso de intervención se ha llevado a cabo en 5 sesiones para cada participante de la muestra.

### *Primera Sesión*

Durante la primera sesión, se ha llevado a cabo una entrevista de evaluación.

Después de recoger firmado el Consentimiento Informado (Anexo 1), a cada participante se le pasa una serie de cuestionarios, comenzando por una criba para ver si cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

Formando parte de este proceso, se les pasa la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Anexo 2), a fin de ver si obtienen la puntuación mínima requerida en ansiedad al hablar en público ( $\geq 52$ ), según criterios de González et al. (2001).

A continuación, se les pasan los cuestionarios de recogiendo datos (puntuaciones) concernientes a las variables de interés para el estudio.

Para hacer un ajuste del escenario a cada individuo, generando situaciones equitativas en los componentes de la muestra, se les hace ordenar, estableciendo una jerarquía, las categorías temáticas sobre las que hablar en función del grado de ansiedad que les produciría hablar en público de cada una de ellas. Tales categorías son:

- Medio ambiente
- Actualidad
- Cultura y Arte
- Ciencia
- Igualdad
- Dilemas Éticos
- Educación
- La Salud

Una vez ordenadas, se toma para empezar la exposición la categoría o categorías vinculadas por el participante con un nivel de ansiedad intermedio.

De modo similar, se le pide al participante que organice una lista con estímulos distractores, de más a menos ansiógenos. Estos son:

- Una persona del público se levanta a mitad de la presentación y se marcha.
- Gente hablando, cuchicheando.
- Risas. Alguien del público se ríe (sin que hayas dicho nada gracioso).
- Suena un móvil (mensaje/llamada).
- Suena un móvil (vibración).
- Tos. Alguien del público tose.
- Bostezo. Alguien del público bosteza.
- Preguntas fáciles.
- Preguntas difíciles.

Se emplea este orden para, de forma controlada por el equipo de investigación y los colaboradores, ir presentándole al participante tales distractores de forma ascendente a lo largo de sus sucesivas presentaciones a razón de 1 o 2 distractores por exposición, comenzando por el distractor menos ansiógeno.

Finalmente, se lleva a cabo la primera exposición del participante de 12 minutos, y queda registrada en vídeo. Antes, a la mitad y al acabar, se les pregunta el nivel de ansiedad que sienten, en una escala del 0 al 10.

*Sesiones segunda, tercera, cuarta y quinta*

Durante las 4 siguientes sesiones (que duran entre 75 y 90 minutos), se procede a intervenir por medio de una adaptación breve de ACT recurriendo a metáforas y ejercicios tomados de los manuales de Hayes, et al. (2014) y Wilson y Luciano (2002):

Primero se lleva a cabo una técnica de clarificación de Valores, mediante una adaptación del ejercicio del Funeral: se les invita a imaginar el día de su graduación y a tomar conciencia de lo que les gustaría que sus familiares, amigos y profesores dijeran de ellos.

Dialogando sobre este tema, se les invita a reflexionar qué tipo de profesionales quieren ser, de qué manera se comportaría este profesional. Entonces se reflexiona acerca de las conductas de evitación que llevan a cabo para intentar controlar el MHP (repassar mucho, llevar anotaciones, precipitarse hablando, etc.), y si estas les funcionan para superar tal miedo y acercarse a sus objetivos. Posteriormente, se ponen en común posibles conductas alternativas.

Otro método que se emplea es el de la Metáfora del capitán del barco. Comparando a la persona con un capitán de barco y sus objetivos con el puerto al que este quiere llegar, se invita a reflexionar acerca de dónde llegará ese capitán si después de navegar (después de 4 años de carrera) se dedica a evitar tempestades y olas que le dificultan llegar a puerto. Se anima al participante a pensar cuáles son esas olas, y qué cambios podría hacer para navegarlas y llegar a puerto.

Finalmente, si los participantes están dispuestos a practicar ejercicios, se recurre a técnicas de defusión cognitiva, a fin de adquirir flexibilidad psicológica, como:

La fisicalización de las emociones: Se comienza por visualizar con los ojos cerrados la situación. Tras identificar qué sienten en esa situación, se les invita a concretar de qué color serían estas emociones, si tendrían alguna forma, alguna textura, temperatura, etc.

El imaginar los pensamientos escritos en las paredes: de similar manera, se invita a los participantes a imaginar sus pensamientos escritos con un tamaño, un tipo de letra, un color... escritos en las paredes, como si se tratara de grafittis.

Se invita a los pacientes a poner en práctica esta habilidad en situaciones de su día a día, y a completar un autorregistro.

A continuación se lleva a cabo la exposición, abordando en cada una de las sesiones temas progresivamente más ansiógenos, determinados por la jerarquía que hizo el participante, y presentándoles distractores de igual manera (cada sesión uno o dos un poco más ansiógenos que en la sesión anterior).

De nuevo se les pasa los mismos cuestionarios, a fin de contrastar las puntuaciones finales con las iniciales.

## Análisis estadísticos

En primer lugar, se ha llevado a cabo una prueba de Sapiro-Wilk, a fin de comprobar si los datos se ajustan o no a la distribución gaussiana, para tomar una decisión acerca de los análisis que se llevarán a cabo después.

Aunque aparentemente algunos de los datos sí se ajustan al supuesto de normalidad, el pequeño tamaño muestral (<30) y el que no todos los datos cumplen el supuesto nos lleva a decantarnos por realizar pruebas no paramétricas.

Concretamente, puesto que se trata de un diseño de medidas repetidas, se procede a hacer una prueba de rangos con signo de Wilcoxon, para ver si hay diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en cada uno de los diferentes cuestionarios antes y después de la intervención, de acuerdo con las hipótesis de investigación.

### 3. Resultados

En primer lugar, se calculó la variable “diferencia” entre las puntuaciones pre-intervención y las puntuaciones post-intervención de cada uno de los diferentes instrumentos empleados. Se empleó la prueba de Saphiro-Wilk (por tratarse de una muestra <30 sujetos), y se contrastaron las siguientes hipótesis para cada variable:

- $H_0 \rightarrow$  Los datos se distribuyen de forma normal ( $p > 0,05$ )
- $H_1 \rightarrow$  Los datos no se distribuyen de forma normal ( $p \leq 0,05$ )

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Diferencia.LSAS-SR	,320	11	,002	,829	11	,023
Diferencia.PRCS	,173	11	,200*	,912	11	,261
Diferencia.AAQ.II	,136	11	,200*	,975	11	,933
Diferencia.CFQ	,189	11	,200*	,968	11	,863
Diferencia.Aprox	,161	11	,200*	,962	11	,795
Diferencia.Evit	,175	11	,200*	,915	11	,282

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.  
a. Corrección de significación de Lilliefors

Observamos que las pruebas no son significativas para 5 de las 6 variables. Teniendo en cuenta el reducido tamaño de la muestra y que no todas las variables se ajustaban al supuesto de normalidad, se procedió a realizar un análisis por medio de pruebas no paramétricas.

### Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)

Con respecto a la efectividad de la intervención con ACT sobre la ansiedad social, se recurre a una prueba de rango de signos con signos de Wilcoxon para contrastar las siguientes hipótesis:

- $H_0: \theta_1 + \theta_2 = 0 \rightarrow$  No hay diferencia entre los promedios de las puntuaciones “Pre” y “Post”.
- $H_1: \theta_1 + \theta_2 \neq 0 \rightarrow$  Hay diferencia entre los promedios de las puntuaciones “Pre” y “Post”.

Estadísticos descriptivos					
	N	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo
LSAS.PRE	11	88,36	19,84	64,00	130,00
LSAS.POST	11	45,36	22,33	14,00	91,00

En este último cuestionario también se observa una disminución de la puntuación media de la prueba post-intervención con respecto a la prueba pre-intervención, pasando de 88,36 a 45,36.

Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
LSAS.POST - LSAS.PRE	Rangos negativos	10 <sup>a</sup>	6,50	65,00
	Rangos positivos	1 <sup>b</sup>	1,00	1,00
	Empates	0 <sup>c</sup>		
	Total	11		

a. LSAS.POST < LSAS.PRE  
b. LSAS.POST > LSAS.PRE  
c. LSAS.POST = LSAS.PRE

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>	
LSAS.POST - LSAS.PRE	
Z	-2,848 <sup>b</sup>
Sig. asin. (bilateral)	,004
a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon	
b. Se basa en rangos positivos.	

A la vista de los resultados, puesto que la prueba resulta significativa ( $p=0,004$ ), descartamos la hipótesis nula: existen diferencias entre las puntuaciones promedio “Pre” y “Post”, indicativas de una disminución de la ansiedad social.

#### Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS)

Para contrastar la eficacia de ACT sobre el miedo a hablar en público, se llevó a cabo una prueba de rangos con signo de Wilcoxon, a fin de contrastar las siguientes hipótesis:

- $H_0: \theta_1 + \theta_2 = 0 \rightarrow$  No hay diferencia entre los promedios de las puntuaciones “Pre” y “Post”.
- $H_1: \theta_1 + \theta_2 \neq 0 \rightarrow$  Hay diferencia entre los promedios de las puntuaciones “Pre” y “Post”.

Estadísticos descriptivos					
	N	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo
PRCS.PRE	11	51,63	7,50	37,00	60,00
PRCS.POST	11	31,09	7,04	23,00	47,00

Como se puede observar en la tabla de arriba, la puntuación media en el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público que se pasó antes de la intervención con ACT es de 51,63; mientras que la puntuación media del mismo cuestionario pasado después de la intervención con ACT es de 31,09.

Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
PRCS.POST - PRCS.PRE	Rangos negativos	11 <sup>a</sup>	6,00	66,00
	Rangos positivos	0 <sup>b</sup>	,00	,00
	Empates	0 <sup>c</sup>		
	Total	11		
a. PRCS.POST < PRCS.PRE				
b. PRCS.POST > PRCS.PRE				
c. PRCS.POST = PRCS.PRE				

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>	
PRCS.POST - PRCS.PRE	
Z	-2,937 <sup>b</sup>
Sig. asin. (bilateral)	,003
a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon	
b. Se basa en rangos positivos.	

La prueba de rangos resultó significativa ( $p = 0,003$ ), por lo que descartamos la hipótesis nula (no existen diferencias entre las puntuaciones promedio “Pre” y “Post”) y adoptamos la alternativa: existen diferencias entre las puntuaciones “Pre” y “Post” de la prueba.

Puesto que la puntuación baja indica niveles bajos de miedo, mientras que una puntuación alta indica niveles altos de miedo, se puede concluir en que el nivel de miedo ha disminuido en la medida post-intervención con respecto a la medida pre-intervención.

### Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II)

En el contraste de la intervención con ACT sobre la evitación experiencial, mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, se contrastaron las siguientes hipótesis:

- $H_0: \theta_1 + \theta_2 = 0 \rightarrow$  No hay diferencia entre los promedios de las puntuaciones “Pre” y “Post”.
- $H_1: \theta_1 + \theta_2 \neq 0 \rightarrow$  Hay diferencia entre los promedios de las puntuaciones “Pre” y “Post”.

Estadísticos descriptivos					
	N	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo
AAQ.II.PRE	11	28,54	6,83	19,00	40,00
AAQ.II.POST	11	20,54	11,21	10,00	48,00

Inicialmente se obtuvo una puntuación media de 28,54 al evaluar la evitación experiencial, mientras que la puntuación media tras la intervención con ACT disminuyó a 20,54.

Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
AAQ.II.POST - AAQ.II.PRE	Rangos negativos	10 <sup>a</sup>	6,15	61,50
	Rangos positivos	1 <sup>b</sup>	4,50	4,50
	Empates	0 <sup>c</sup>		
	Total	11		

a. AAQ.II.POST < AAQ.II.PRE  
b. AAQ.II.POST > AAQ.II.PRE  
c. AAQ.II.POST = AAQ.II.PRE

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>	
AAQ.II.POST - AAQ.II.PRE	
Z	-2,538 <sup>b</sup>
Sig. asin. (bilateral)	,011
a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon	
b. Se basa en rangos positivos.	

Puesto que la prueba resulta significativa (0,011), podemos afirmar que existen diferencias entre las puntuaciones promedio “Pre” y “Post” para la variable “evitación experiencial”, siendo las medidas “Post” más bajas que las medidas “Pre”, lo cual se corresponde con una disminución de la evitación experiencial.

#### Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)

Para contrastar la eficacia de ACT sobre la fusión cognitiva, se llevó a cabo una prueba de rangos con signo de Wilcoxon con los datos obtenidos en el CFQ. Las hipótesis planteadas eran:

- $H_0: \theta_1 + \theta_2 = 0 \rightarrow$  No hay diferencia entre los promedios de las puntuaciones “Pre” y “Post”.
- $H_1: \theta_1 + \theta_2 \neq 0 \rightarrow$  Hay diferencia entre los promedios de las puntuaciones “Pre” y “Post”.

Estadísticos descriptivos					
	N	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo
CFQ.PRE	11	37,36	6,94	25,00	47,00
CFQ.POST	11	25,72	9,69	13,00	44,00

A simple vista, parece haber una reducción en la puntuación media de los dos cuestionarios de Fusión cognitiva. La media obtenida en el cuestionario pasado antes de la intervención era de 37,36, mientras que la media del cuestionario de fusión cognitiva pasado después de la intervención era de 25,72.

Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
CFQ.POST - CFQ.PRE	Rangos negativos	10 <sup>a</sup>	6,40	64,00
	Rangos positivos	1 <sup>b</sup>	2,00	2,00
	Empates	0 <sup>c</sup>		
	Total	11		
a. CFQ.POST < CFQ.PRE b. CFQ.POST > CFQ.PRE c. CFQ.POST = CFQ.PRE				

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>	
CFQ.POST - CFQ.PRE	
Z	-2,758 <sup>b</sup>
Sig. asin. (bilateral)	,006
a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon b. Se basa en rangos positivos.	

Igual que en el anterior cuestionario, una intervención eficaz debería suponer la disminución de las puntuaciones obtenidas en esta escala, ya que las puntuaciones obtenidas en el CFQ son directamente proporcionales al nivel de fusión cognitiva de la persona. A la vista de los resultados, la prueba resulta significativa ( $p=0,006$ ) aceptamos que existen diferencias entre las puntuaciones promedio “Pre” y “Post”, lo cual apunta a una disminución de la fusión cognitiva.

### Conductas de Aproximación

Con respecto a la efectividad de la intervención con ACT sobre la ansiedad conductual, se recurre a una prueba de rango de signos con signos de Wilcoxon para contrastar las siguientes hipótesis:

- $H_0: \theta_1 + \theta_2 = 0 \rightarrow$  No hay diferencia entre los promedios de las puntuaciones “Pre” y “Post”.
- $H_1: \theta_1 + \theta_2 \neq 0 \rightarrow$  Hay diferencia entre los promedios de las puntuaciones “Pre” y “Post”.

Estadísticos descriptivos					
	N	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo
Aprox.PRE	11	26,91	13,31	5	47
Aprox.POST	11	35,36	11,79	16	47

En este último cuestionario se observa un aumento de la puntuación media de la prueba post-intervención con respecto a la prueba pre-intervención, pasando de 26,91 a 35,36, sugiriendo un incremento de las conductas de aproximación en los sujetos de la muestra.

Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Aprox.POST - Aprox.PRE	Rangos negativos	2 <sup>a</sup>	2,25	4,50
	Rangos positivos	9 <sup>b</sup>	6,83	61,50
	Empates	0 <sup>c</sup>		
	Total	11		

a. Aprox.POST < Aprox.PRE

b. Aprox.POST > Aprox.PRE

c. Aprox.POST = Aprox.PRE

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>	
Aprox.POST - Aprox.PRE	
Z	-2,538 <sup>b</sup>
Sig. asin. (bilateral)	,011
a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon	
b. Se basa en rangos positivos.	

En esta última prueba, los resultados resultan significativos ( $p=0,011$ ) y sí descartamos la hipótesis nula: existen diferencias entre las puntuaciones promedio “Pre” y “Post”, indicativas de una disminución de la ansiedad conductual manifestada mediante conductas de aproximación.

### Conductas de Evitación

Con respecto a la efectividad de la intervención con ACT sobre la ansiedad conductual, se recurre a una prueba de rango de signos con signos de Wilcoxon para contrastar las siguientes hipótesis:

- $H_0: \theta_1 + \theta_2 = 0 \rightarrow$  No hay diferencia entre los promedios de las puntuaciones “Pre” y “Post”.
- $H_1: \theta_1 + \theta_2 \neq 0 \rightarrow$  Hay diferencia entre los promedios de las puntuaciones “Pre” y “Post”.

Estadísticos descriptivos					
	N	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo
Evit.PRE	11	23,37	8,01	13	35
Evit.POST	11	19,55	6,05	11	34

En este último cuestionario también se observa una disminución de la puntuación media de la prueba post-intervención con respecto a la prueba pre-intervención, pasando de una puntuación de 23,37 a 19,55, lo cual indica una disminución de las conductas de evitación de la muestra.

Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Evit.POST - Evit.PRE	Rangos negativos	7 <sup>a</sup>	7,71	54,00
	Rangos positivos	4 <sup>b</sup>	3,00	12,00
	Empates	0 <sup>c</sup>		
	Total	11		
a. Evit.POST < Evit.PRE b. Evit.POST > Evit.PRE c. Evit.POST = Evit.PRE				

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>	
Evit.POST - Evit.PRE	
Z	-1,877 <sup>b</sup>
Sig. asin. (bilateral)	,060
a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon b. Se basa en rangos positivos.	

En esta ocasión, la prueba no resulta significativa ( $p=0,060$ ), no descartamos la hipótesis nula: las diferencias entre las puntuaciones promedio “Pre” y “Post” no son significativas, lo cual indica que no podemos afirmar que se produzca una disminución de la ansiedad conductual manifestada por medio de las conductas de evitación.

## 4. Discusión

El objetivo de esta investigación era contrastar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en un grupo de adultos jóvenes con MHP.

Hemos visto que, en los últimos años, a la hora de explicar la salud psíquica, se ha prestado especial atención a los constructos de flexibilidad e inflexibilidad psicológica (Kashdan y Rottenberg (2010, como citado en Wolgast, 2014). Se ha explicado cómo desde la perspectiva de ACT y la TMR, lo más dañino para el paciente es ver reducido su repertorio conductual, ya que obstaculiza el que la conducta se guíe por las contingencias y que se empleen formas saludables de extinción, así como que la persona actúe guiada por sus valores. Por tanto, cabía esperar que la disminución de la inflexibilidad psicológica, facilitara la adquisición de estilos de afrontamiento más flexibles y menos defensivos frente a los pensamientos, sentimientos o sensaciones difíciles que originalmente regulaban la conducta al hablar en público.

Si las hipótesis de la investigación eran correctas, se esperaba observar una disminución de la inflexibilidad psicológica con su consecuente disminución del MHP tras la intervención con ACT, manifiesta en el estudio mediante las variables “ansiedad social”, “miedo a hablar en público”, “fusión cognitiva”, “evitación experiencial” y “ansiedad conductual”, de acuerdo con el modelo de flexibilidad psicológica. Los resultados obtenidos manifiestan que:

1. En la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, las puntuaciones obtenidas en la prueba “Post” han sido significativamente menores que las obtenidas en la prueba “Pre”, indicando una disminución de la ansiedad social, tal cual se planteaba en la hipótesis.
2. Para el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público, las puntuaciones han disminuido en la prueba “Post” con respecto a las obtenidas en la prueba “Pre”, indicando una disminución del miedo a hablar en público. Esto corrobora la segunda hipótesis de la investigación.
3. En cuanto a la evitación experiencial, se hipotetizaba que las puntuaciones obtenidas en la prueba “Post” serían significativamente menores que las obtenidas en la prueba “Pre”, indicando una disminución de la evitación experiencial. Esta hipótesis también se cumple, de acuerdo con los resultados obtenidos en el AAQ-II.
4. Con respecto a la fusión cognitiva, igual que con la variable anterior, las puntuaciones obtenidas en la prueba “Post” del CFQ han sido significativamente menores que las obtenidas en la prueba “Pre”, indicando una disminución de la fusión cognitiva. Se cumple la cuarta hipótesis de la investigación.
5. En las puntuaciones obtenidas por medio de la Lista de Verificación de Conductas de Aproximación se esperaba lo contrario: un aumento en las puntuaciones correspondiente a un aumento en las

conductas de aproximación (indicador de ansiedad conductual) en la prueba “Post” con respecto a la prueba “Pre”. Esta hipótesis también se ha cumplido.

6. No obstante, la sexta y última hipótesis del trabajo no se ha cumplido: Se esperaba que las puntuaciones obtenidas por medio de la Lista de Verificación de Conductas de Evitación fueran significativamente menores en la prueba “Post” que las obtenidas en la prueba “Pre”, indicando una disminución de la ansiedad conductual. Pero, si bien es cierto que la puntuación media es menor en la prueba “Post” que en la “Pre”, estas diferencias analizadas mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon no han sido significativas.

Estos resultados son coherentes con la información obtenida en la literatura científica. Estudios previos han contrastado la eficacia de la intervención con ACT en problemas de ansiedad social, trastorno en el que hemos dicho que se enmarca el MHP:

Hernández (2019) expone una intervención grupal exitosa en un caso de ansiedad social, obteniendo una reducción de la inflexibilidad psicológica evaluada por medio del AQQ.

Eifert et al. (2009) también llevaron a cabo 3 estudios de caso con ACT sobre problemas de ansiedad. En todos ellos la ansiedad se redujo, aunque no fuera ese el objetivo principal, permitiendo que llevaran unas vidas más acordes con sus valores y llevando a cabo acciones más comprometidas con sus metas.

Otra intervención en fobia social fue la de Block (2002), quien contrastó la intervención en fobia social con ACT con la intervención con la Terapia Grupal Cognitivo Conductual obteniendo que, aunque en los dos grupos aparecieron mejorías con respecto al grupo control, los participantes tratados con ACT aguantaron más tiempo en la situación de hablar en público, y mostraron una mayor reducción de la angustia percibida al hablar en público. También mostraron una mayor predisposición a exponerse a la situación “aversiva”.

Ferreira et al. (2022) llevaron a cabo un meta-análisis en el que obtuvieron que la intervención con ACT resultaba de eficacia media-alta sobre los síntomas de ansiedad, pero había diferencias en los resultados obtenidos dependiendo del número de sesiones. Las sesiones llevadas a cabo en formato grupal de taller (5 horas repartidas en 1 o 2 días) resultaban eficaces para reducir los síntomas de la ansiedad; entre 2 y 5 sesiones no resultaba efectivo; de 6 a 12 sí. Concluyeron también en que las intervenciones en formato grupal resultan eficaces.

A la vista de los resultados de estas investigaciones previas, cabía esperar que una intervención con ACT frente al MHP resultara efectiva, como así parecen manifestar los resultados obtenidos en esta investigación: se observa que en todos los cuestionarios y registros llevados a cabo ha habido diferencias significativas entre los registros pre-intervención y los registros post-intervención, salvo en el caso de los registros pre-intervención y post-intervención para de la Lista de Verificación de Conductas de Evitación, en los que las diferencias no han resultado significativas. Esto parece ser también bastante coherente con la literatura previa referida a la intervención con ACT en el MHP, en concreto:

Gallego et al. (2020) tomaron de Smith et al. (2014) la tolerancia al malestar como una forma de medir la evitación experiencial conductualmente, operativizada como el tiempo que una persona puede estar en contacto con un estímulo aversivo (Zvolensky et al. 2010). Estudios previos han relacionado niveles superiores de evitación experiencial con menor tolerancia al malestar (Feldner et al., 2006; Williams, 2012; Zettle et al., 2005). En el estudio de Gallego et al. (2020) los participantes (también estudiantes universitarios) que cumplían el tener baja flexibilidad psicológica y menor tolerancia al estrés reportaron mayores niveles de ansiedad frente a tener que hablar en público. Corroboraron la idea de que la flexibilidad psicológica está relacionada directamente con la habilidad para hablar en público. Obtuvieron que la apertura a las experiencias (habilidades de aceptación y defusión) parece ser el aspecto clave de la flexibilidad psicológica en la ansiedad autoinformada. Por tanto, se resalta la utilidad de estas habilidades tales como la toma de perspectiva con respecto a los pensamientos, sentimientos y sensaciones (defusión) y la creciente voluntad de experimentarlas sin tratar de controlarlas o evitarlas (aceptación) en la intervención en el MHP, tal cual se ha hecho en este estudio. La tolerancia al malestar estaba relacionada con la conciencia sobre la conducta y las acciones comprometidas con valores, mientras que la apertura a la experiencia estaba relacionada con la ansiedad percibida. Ser consciente de la propia conducta y entender el hablar en público como una experiencia con un propósito son factores que enfatizar al entrenar a los estudiantes a desarrollar su tolerancia al malestar relacionado con el MHP. Los resultados obtenidos en el presente estudio son coherentes, puesto que se experimenta una mejora en el nivel de ansiedad y las demás variables (las no observables) después del tratamiento mediante ACT, clarificando valores y trabajando la defusión y la apertura a la experiencia.

England et al. (2012), realizaron un estudio con una muestra aleatorizada, comparando la intervención basada en la aceptación, aplicada durante 6 sesiones, con la intervención con habituación sobre el MHP. Obtuvieron una mayor tasa de remisión en la intervención basada en la aceptación que en la intervención con exposición con habituación, tras un seguimiento de 6 semanas. Además, los participantes del grupo de aceptación mejoraron su confianza para hablar en público, sus ideas relacionadas con hablar en público y su ansiedad, y obtuvieron mejores resultados en habilidades sociales registradas por observadores, lo cual concuerda con nuestros resultados referidos al aumento de las conductas de aproximación.

Herbert et al. (2018), observaron que los pacientes intervenidos con ACT obtenían mejores resultados en las pruebas de desempeño conductual evaluadas por observadores que los intervenidos con la TCC tradicional, aunque estos últimos obtenían resultados más altos al reportar la percepción de su mejoría. La explicación dada consistía en que las intervenciones con ACT están enfocadas a grandes mejorías en el

desempeño conductual a pesar de obtener menores avances en cuanto a la sintomatología de la ansiedad al hablar en público. De nuevo, esto concuerda con los resultados del presente estudio.

Yuen et al. (2019) contrastaron la factibilidad y eficacia de la intervención con ACT mediante 6 sesiones, impartidas de forma grupal por videoconferencia, para tratar el problema del MHP. Se pudo observar una disminución del grado de ansiedad en los autoinformes y un aumento de la satisfacción de los participantes, así como una mejoría en el desempeño conductual. Un seguimiento 3 meses después informó de que la mejoría se mantenía. De este estudio destaca que el desempeño al hablar en público mejora en algunos aspectos como el verbal o los signos de ansiedad, coherentemente con la percepción subjetiva de los propios participantes, pero los registros llevados a cabo por observadores no arrojan diferencias significativas entre el pre y el post. De nuevo observamos este aparente conflicto entre los resultados obtenidos de las medidas de ansiedad y las medidas de desempeño.

Una posible explicación, tal cual se explicó en la introducción, es la de que los sistemas fisiológico y motor se activan por separado con respecto al cognitivo, siendo este componente el que se ve principalmente intervenido por ACT: la voluntad de actuar conforme a los valores puede sobreponerse al MHP, pero no necesariamente anula tal miedo, que se manifiesta por medio de las conductas de evitación. O sea, de acuerdo con Luciano Soriano y Valdivia Salas (2006), la intervención de ACT puede haber alterado la función de las experiencias internas molestas/desagradables (pensamientos, sensaciones, recuerdos) para facilitar la regulación del comportamiento, y es cierto que los participantes han mostrado mejorías significativas en varias áreas, sugiriendo una actuación más guiada por sus valores que por las funciones iniciales de sus contenidos cognitivos.

Otro motivo podría ser la novedad de las nuevas habilidades adquiridas: tal cual hemos visto, los efectos obtenidos mediante la intervención con ACT se mantienen a largo plazo. Es probable que, conforme pase el tiempo, se interioricen y asientan estas capacidades, aumentando y flexibilizando el repertorio conductual y se produzca una reducción de estas conductas de evitación, a medida que la persona no solo se sobrepone al miedo, sino que lo pierde paulatinamente.

Como principales limitaciones de este diseño, se podrían contemplar las siguientes:

La codificación de las conductas de aproximación y evitación se han llevado a cabo en varios intervalos de tiempo, codificando la aparición de síntomas fisiológicos, gestos y movimientos de forma poco discriminativa (en 2 minutos podría aparecer uno de estos componentes 8 veces o 4, y en ambos casos se codificaría como "1" si apareciera "notablemente" y como "0" si no apareciera o apareciera de forma "escasa", de acuerdo con criterios del observador). Esto implica que el instrumento podría no ser especialmente sensible al cambio. Esto podría mejorarse reduciendo los intervalos de tiempo tras los cuales proceder a codificar y/o estableciendo un criterio cuantitativo para codificar las conductas observadas. Además, la subjetividad del evaluador que codifica tales señales podría también sesgar los resultados. Una forma de reducir parcialmente este sesgo podría ser que el observador evaluara a ciegas, desconociendo si está puntuando el desempeño de los participantes durante el ensayo pre o durante el ensayo post.

Cabe destacar también que el pequeño tamaño de la muestra implica que no puedan generalizarse los resultados, y debe hacerse notar la ausencia un grupo control —estos dos últimos puntos no se dan en el proyecto de investigación más amplio en que ese enmarca este trabajo, por lo que solo representan una limitación en la muestra empleada en este estudio—. Pero, independientemente del tamaño de la muestra, al tratarse de un perfil concreto —el de estudiante de universidad—, los resultados obtenidos no son generalizables a la población clínica general con MHP.

Como complemento, sería conveniente llevar a cabo un seguimiento a largo plazo de estos casos, para ver si los resultados se mantienen o se produce algún cambio a mejor o a peor pasados unos meses.

Por el contrario, como puntos fuertes podemos encontrar el que la intervención parece ser efectiva a corto plazo, dando buenos resultados con pocas intervenciones.

También tiene en consideración el que los participantes conozcan o desconozcan ciertos temas, facilitándoles el relacionarlos con sus niveles de ansiedad para ordenarlos posteriormente de forma adecuada.

El registro en vídeo de los ensayos, además, facilita el que varios observadores puedan codificar la misma variable, para aumentar la fiabilidad, y el que se pueden llevar a cabo todos los análisis que se estimen pertinentes, incluso seleccionando las variables a posteriori.

Haciendo balance, se puede considerar que esta intervención resulta eficaz y puede ser replicable para contrastar los resultados mejorando las limitaciones previamente expuestas. En cualquier caso, siendo el MHP un miedo tan común como se ha expuesto, el obtener resultados positivos resulta cuanto menos alentador.

En cuanto a líneas futuras de investigación, un estudio que podría llevarse a cabo es el de abordar el MHP mediante una intervención con ACT aplicada en formato grupal. De esta forma, se podría rentabilizar el tiempo y reducir costo que supone aplicar la terapia de forma individual. Esta línea cuenta con apoyo científico que abala intervención grupal con ACT en el tratamiento de la ansiedad social (Kocovski et al. 2009) y más eficaz que la Terapia Grupal Cognitivo Conductual (Kocovski et al., 2013).

Otra posible línea es la de llevar a cabo la intervención mediante las nuevas tecnologías de la comunicación. Por ejemplo, recurriendo a aplicaciones para ordenador o en Smartphone, tal cual hicieron exitosamente Ivanova et al. (2016). Por otra parte, la exposición en formato virtual facilita el que el paciente pueda llevar a cabo varios ensayos de hablar en público (con audiencia grabada en vídeo) y poner en práctica las habilidades de aceptación, como es el caso del estudio de Yuen et al. (2019), quienes concluyeron en que la videoconferencia puede ser un buen medio para llevar a cabo intervenciones basadas en la aceptación. Los resultados obtenidos fueron mejores en las pruebas post que en las pruebas pre, y no se dieron

diferencias significativas entre la ansiedad experimentada en los ensayos de exposición virtual y los ensayos de exposición en vivo. Larsson et al. (2022), llevaron a cabo un estudio aleatorizado sobre la implementación de ACT por medio de guías de autoayuda online que abordaban los puntos de: contacto con el momento presente, defusión cognitiva y yo como contexto. Tras un periodo de intervención de 3 semanas, obtuvieron una mejoría de la salud mental general en el grupo tratado con ACT en la prueba post.

Como conclusión, podemos apuntar el que la intervención con ACT resulta efectiva en variables como el MHP, la ansiedad social, la fusión cognitiva o la evitación experiencial, y que, pese a ser una terapia relativamente joven, es una buena apuesta de futuro para las intervenciones psicológicas en problemas de ansiedad social y, en concreto, en MHP.

Además, el modelo de la flexibilidad psicológica resulta especialmente útil para llevar a cabo una intervención terapéutica, centrada en ampliar las habilidades que fomentan la flexibilidad, a la par que entretenida. Y es que ACT es una terapia no encorsetada que permite al profesional desarrollar sus propias técnicas, siempre y cuando comprenda este modelo y trabaje en pos de esos procesos.

Esperemos que los psicólogos profesionales de la investigación continúen estudiando esta terapia a fin de ampliar y difundir su conocimiento.

## 5. Referencias bibliográficas

- Alonso Orozco, I., Santoyo Velasco, C. y Bachá Méndez, G. (2017). Análisis observacional de patrones conductuales: una perspectiva “más allá” de la operante. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 43(1), 40-59.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>th</sup> ed.).
- Bados, A. (1986). *Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.
- Baeza Velasco, C. (2007). Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1(2), 127-138.
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology*, 5, 47-57.
- Blackledge, J. T. (2007). Disrupting verbal processes: cognitive defusion in acceptance and commitment therapy and other mindfulness-based psychotherapies. *The Psychological Record*, 57, 555-576.
- Blanco Donoso, J. M., García Rubio, C., Moreno Jiménez, B. de la Pinta, M. L. R., Moraleda Aldea, S. y Garrosa, E (2017). Intervención breve basada en ACT y Mindfulness: Estudio piloto con profesionales de enfermería en UCI y Urgencias. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 57-73.
- Blanco Villaseñor, Á. (1989). Fiabilidad y generalización de la observación conductual. *Anuario de psicología*, 34(4), 1-32.
- Block, J. (2002). *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety*. [Tesis doctoral]. University at Albany, State University of New York.
- Brandrick, C., Hooper, N., Roche, B., Kanter, J., & Tyndall, J. (2021). A comparasion of ultra-brief cognitive defusión and positive affirmation interventions on the reduction of public speaking anxiety. *The psychological Record*, 71, 109-117.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruñia, M. J., Arias, B. y Nobre, L. (2013). Evaluando la ansiedad social por medio de cinco medidas de Autoinforme, SPAI, LSAS\_SR, SPIN, SPS y SIAS: Un análisis crítico de su estructura factorial. *Psicología Conductual*, 21(3), 423-450.

- Cano-Vindel, A. (2003) Desarrollos actuales en el estudio del control emocional. *Ansiedad y estrés*, 9(2-3), 203-229.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA). *Psicología contemporánea*, 6(1), 14-21.
- Chawla, N. y Ostafin, B. (2007). La evitación experiencial como un enfoque dimensional funcional de la psicopatología: una revisión empírica. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890.
- Coletti, J. P. y Teti, G. L. (2015). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): conductismo, mindfulness y valores. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 26, 37-42.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 263, 107-120.
- Díaz, M. C. (2013). *Protocolo de observación de funciones docentes en universidad: un instrumento para la evaluación de la conducta del profesorado universitario*. Universidad de La Laguna.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplify a Unified Treatment Protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 368-385.
- Elizondo, Y. (2016). Trastornos de ansiedad social (fobia social). *Revista Médica Sinergia* 1(4). 20-24.
- England, E. L., Herdbergt, J. D., Forman, E. M., Rabin, S. J., Jurascio, A., & Goldstein, S. P. (2012). Acceptance-based exposure therapy for public speaking anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1 (1-2), 66-72.
- Fernández-Marcos, T. y Calero-Elvira, A. (2015). Efectos de la Detención del pensamiento y la Defusión cognitiva sobre el malestar y el manejo de los pensamientos negativos. *Psicología Conductual*, 23(1), 107-126.
- Ferreira, M. G., Mariano, L. I., Rezende, J. V., Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 309, 297-308.
- Ferreira, A. C., Mesquita, A., Côrtes, A. C., & Caldas, L. (2017). Fear of public speaking: Perception of College Students and Correlates. *Journal of Voice*, 31(1), 127.e7-127.e11.
- Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12(3), 445-450.

- Gallego, A., McHugh, L., Villatte, M., & Lappalainen, R. (2020). Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 128-133.
- Gallego, M. J., Botella, C., Quero, S., García-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-Montes, J. M. y Pérez-Álvarez, M. (2005). Fundamentación Experimental y Primeras Aplicaciones Clínicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el Campo de los Síntomas Psicóticos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 379-393.
- Gillanders, D. T., Bolderston, 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., & Remington, B. (2014). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83-101.
- Glassman, L. H., Forman, E. M., Herbert, J. D., Bradley, L. E., Foster, E. E., Izzetoglu, M., & Ruocco, A. C. (2016). The effects of a brief acceptance-based behavioral treatment versus traditional cognitive-behavioral treatment for public speaking anxiety: An exploratory trial examining differential effects on performance and neurophysiology. *Behavior Modification*, 40(5), 748–776
- González, M. P., Bascarán, T., & Saiz, P. J. (2001). *Psychometric assessment of social phobia (social anxiety disorder)*. Psiquiatría.com.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 47, 869-885.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 1-16.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumn-Villardaga, J., & Villatte, J. L. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the progress of a distinctive model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44, 180-198.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1-25.  
doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao. España: Desclée de Brouwer.
- Healy, H., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Keogh, C., Luciano, C., & Wilson, K. (2008). An experimental test of cognitive defusion exercise: coping with negative and positive self-statements. *The Psychological Record*, *58*, 623-640.
- Herbert, J. D., Forman, E. M., Kaye, J. L., Gershkovich, M., Goetter, E., Yuen, E. K., Glassman, L., Goldstein, S., Hitchcock, P., Shaw Tronieri, J., Berkowitz, S., & Marando-Blanck, S. (2018). Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: symptomatic and behavioral outcomes. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *9*, 88-96.
- Hernández, A. (2019). Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Activación Conductual en un caso de Ansiedad Social. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, *10*(2), 156-171.
- Hidalgo, M. D., Inglés, C. J. y Méndez, F. X. (2001). Funcionamiento diferencial del ítem en el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público. *Revista de Psicología General y Aplicada*, *54*(4), 619-634.
- Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a Smartphone application: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, *44*, 27-35.
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*, 276-289.
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Huta, V., & Antony, M. M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized control trial. *Behavior Research and Therapy*, *51*, 889-898.
- Landy, L. N., Schneider, R. L., & Arch, J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Current Opinion in Psychology*, *2*, 70-74.
- Larsson, A., Hartley, S., & McHugh, L. (2022). A randomized controlled trial of brief web-based acceptance and commitment therapy on the general mental health, depression, anxiety and stress of college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *24*, 10-17.

- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy, 43*, 741-756.
- Luciano, M. C. y Valdivia, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, Características y Evidencia. *Papeles del psicólogo, 27*(2), 79-91.
- Luterek, J., Eng, W. y Heimberg, R. G. (2003). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Trastorno de Ansiedad social: Teoría y Práctica. *Psicología Conductual, 11*(3), 563-581.
- Luciano, M. C., Valdivia, S., Gutiérrez, O. y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Revista de Psicología y Psicopedagogía, 5*(2), 173-201.
- Martínez, A. G., López-Espinoza, A. y Aguilera-Cervantes, V. G. (2021). Observación y registro conductual de episodios de alimentación en humanos. En A. López-Espinoza, A. G. Martínez Moreno y V. G. Aguilera-Cervantes (Eds.), *Investigaciones en comportamiento alimentario* (165-200). Red Internacional de Investigación en Comportamiento Alimentario y Nutrición.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J. e Hidalgo, M. D. (1999). Propiedades psicométricas del cuestionario de confianza para hablar en público: Estudio de una muestra de alumnos de enseñanzas medias. *Psicothema, 11*(1), 65-74.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J. e Hidalgo, M. A. (2004). La versión española abreviada del "Cuestionario de Confianza para hablar en público" (Personal Report of Confidence as Speaker): Fiabilidad y validez en población adolescente. *Psicología Conductual, 12*(1), 25-42.
- Moreno, A. (2012). Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación (TTG): La atención plena/Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología, 12*(1), 1-18.
- Neck, L., & Yong-rae, C. (2015). The effects of an acceptance-based treatment and trait speech anxiety on anxiety responses to a public-speaking situation. *Cognitive Behavioral Therapy in Korea, 15*(2), 291-312.
- Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, D., & Craske, M. G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: A comparing Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy. *Behavior Therapy, 45*, 664-677.
- Patrón-Espinosa, F. J. (2013). La Evitación Experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos. *Journal of Behaviour, Health and Social Issues, 5*(1), 85-95.
- Pérez, A. y García, M. (2019). Análisis e intervención en un caso de evitación experiencial. *Revista de casos clínicos en Salud Mental, 1*, 19-37.



- Phillips, G. C., Jones, G. E., Rieger, E. J., & Snell, J. B. (1997). *Journal of Anxiety Disorders*, 11(2), 2015-220.
- Rey, C. (2004). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Suma psicológica*, 11(2), 267-284.
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D., & Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: Psychometric Properties of the Spanish version of the "Cognitive Fusion Questionnaire". *Behavior Psychology*, 22(1), 117-132.
- Ruiz, F. J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychology, Components and Outcome Study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
- Salazar, I.C. Caballo, V. E., Arias, V. y Equipo de Investigación CISO-A (2018). Estructura Interna del "Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos" (CASO) con una Muestra Chilena. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 48(3), 91-104.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 965-978.
- Terra, M. B., Barros, H. M.T., Stein, A. T., Figueira, I., Athayde, L. D., Tergolina, L. P., Rovani, J. S., & Silveira, D. X. (2006). Internal consistency and factor structure of the Portuguese version of the Liebowitz Social Anxiety Scale among alcoholic patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 265-269.
- Vallejo, M. A. (2010). Terapia de Conducta de Tercera Generación. *Clínica Contemporánea*, 1(1), 49-54.
- Vidal, F. L. (2010). Sufrimiento humano y contextos de ajuste terapéutico. *Revista IIPSI*, 13(2), 231-242.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., & Gifford, E. V. (1997). Cognition in behavior therapy: agreements and differences. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 28(1), 53-63.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*. Madrid: Pirámide.
- Wolgast, M. (2014). What Does de Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) Really Measure? *Behavior Therapy*, 45, 831-829.
- Yuen, E. K., Goetter, E. M., Stasio, M. J., Ash, P., Mansour, B., McNally, E., Sanchez, M., Hobar, E., Forte, S., Zulaica, K., & Watkins, J. (2019). A pilot of acceptance and commitment therapy for public speaking

anxiety delivered with group videoconferencing and virtual reality exposure. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 47-54.

Zettle, R. D. (2011). The Evolution of a Contextual Approach to Therapy: From Comprehensive Distancing to ACT. *The international Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(1), 78-84.

Zubeidat, I., Fernández, A. y Sierra, J. C. (2005). Ansiedad social y fobia social: revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Terapia psicológica*, 24(19), 71-86.

## 6. Anexos

## Anexo 1

### **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](mailto: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.

**Declaración de consentimiento informado**

Declaro:

1. Que he leído y entendido toda la información oral y escrita en relación a la participación en el citado proyecto.
2. He tenido la oportunidad de debatir y preguntar sobre dicha información y he recibido las respuestas adecuadas por parte de alguno de los miembros del equipo investigador encargado de este estudio.
3. Se me ha asegurado que los datos son completamente anónimos y que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
4. Doy mi consentimiento de forma voluntaria para participar en este estudio asistiendo a las citas para recibir el entrenamiento y completando los cuestionarios en los distintos momentos temporales y a permitir los registros psicofisiológicos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y soy consciente que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin tener que dar explicación alguna.

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_ y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ consiento mi participación en el estudio en los términos arriba expresados.

En Madrid, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

Firmado:

Anexo 2

**Liebowitz Social Anxiety Scale. Self-Report Versión (LSAS-SR)  
Escala de Ansiedad Social de Liebowitz. Versión Autoinforme  
Liebowitz (1987)**

1º Parte:

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

1	2	3	4
Nada	Un poco	Bastante	Mucho

	Situación	Miedo o ansiedad
1.	Telefonar en público.	1 2 3 4
2.	Participar en pequeños grupos.	1 2 3 4
3.	Comer en lugares públicos.	1 2 3 4
4.	Beber con otras personas en lugares públicos.	1 2 3 4
5.	Hablar con gente importante (con personas que tienen autoridad).	1 2 3 4
6.	Actuar o dar una charla frente a una audiencia.	1 2 3 4
7.	Ir a una fiesta.	1 2 3 4
8.	Trabajar mientras le observan.	1 2 3 4
9.	Escribir mientras le observan.	1 2 3 4
10.	Telefonar a alguien que no conoce muy bien.	1 2 3 4
11.	Hablar con gente que no conoce muy bien	1 2 3 4
12.	Reunirse con desconocidos.	1 2 3 4
13.	Orinar en unos servicios públicos.	1 2 3 4
14.	Entrar en una sala cuando otros ya están sentados.	1 2 3 4
15.	Ser el centro de atención.	1 2 3 4
16.	Tomar la palabra en una reunión.	1 2 3 4
17.	Realizar un examen, test o prueba.	1 2 3 4
18.	Expresar desacuerdo o desaprobación a gente que no conoce muy bien.	1 2 3 4



19.	Mirar a los ojos a gente que no conoce muy bien.	1 2 3 4
20.	Presentar un informe a un grupo.	1 2 3 4
21.	Intentar ligar con alguien.	1 2 3 4
22.	Devolver una compra a una tienda.	1 2 3 4
23.	Dar una fiesta.	1 2 3 4
24.	Resistir las presiones de un vendedor insistente.	1 2 3 4

2º Parte:

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

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

	Situación	Evitación
1.	Telefonar en público.	1 2 3 4
2.	Participar en pequeños grupos.	1 2 3 4
3.	Comer en lugares públicos.	1 2 3 4
4.	Beber con otras personas en lugares públicos.	1 2 3 4
5.	Hablar con gente importante (con personas que tienen autoridad).	1 2 3 4
6.	Actuar o dar una charla frente a una audiencia.	1 2 3 4
7.	Ir a una fiesta.	1 2 3 4
8.	Trabajar mientras le observan.	1 2 3 4
9.	Escribir mientras le observan.	1 2 3 4
10.	Telefonar a alguien que no conoce muy bien.	1 2 3 4
11.	Hablar con gente que no conoce muy bien	1 2 3 4
12.	Reunirse con desconocidos.	1 2 3 4



13.	Orinar en unos servicios públicos.	1 2 3 4
14.	Entrar en una sala cuando otros ya están sentados.	1 2 3 4
15.	Ser el centro de atención.	1 2 3 4
16.	Tomar la palabra en una reunión.	1 2 3 4
17.	Realizar un examen, test o prueba.	1 2 3 4
18.	Expresar desacuerdo o desaprobación a gente que no conoce muy bien.	1 2 3 4
19.	Mirar a los ojos a gente que no conoce muy bien.	1 2 3 4
20.	Presentar un informe a un grupo.	1 2 3 4
21.	Intentar ligar con alguien.	1 2 3 4
22.	Devolver una compra a una tienda.	1 2 3 4
23.	Dar una fiesta.	1 2 3 4
24.	Resistir las presiones de un vendedor insistente.	1 2 3 4

Anexo 3

**Personal Rapport of Confidence as a Speaker (PRCS)  
Cuestionario de Confianza para Hablar en Público  
Paul (1966), adaptado por Bados (1986)**

Piensa en las ocasiones en las que hayas tenido que hablar a un auditorio (en clase, el instituto, la universidad...), y valora estas afirmaciones según sea tu caso. Utiliza la siguiente escala:

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 4

**Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)**  
**Cuestionario de Fusión Cognitiva**  
**Romero-Moreno, Márquez-González, Losada, Gillanders y Fernández-Fernández (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	Muy raramente	Raramente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

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 5

**Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II)**  
**Cuestionario de Aceptación y Acción-II**  
**Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltran (2013)**

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	Muy raramente	Raramente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

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 6

**Lista de Verificación Conductual para la Ansiedad de Ejecución**

Código de participante:

Fecha:

/ /

Hora:

:

Observador:

Registra con una X, la presencia de alguna de las siguientes conductas en períodos de tiempo (T) de 2 minutos.

		T1 2'	1'	T2 2'	1'	T3 2'	1'	T4 2'	1'
1.	Se balancea.								
2.	Movimientos no pertinentes de brazo y mano.								
3.	Manos refrenadas.								
4.	Temblor de manos.								
5.	Ausencia de contacto visual.								
6.	Músculos faciales tensos.								
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.							

Duración total de la charla:

Minutos

Segundos

Tiempo que la persona permanece en silencio:

Minutos

Segundos

(Se considera silencio a partir de 2 segundos, el tiempo total es la suma del tiempo de todos los silencios que duren más de 2 segundos).

% de tiempo en silencio:

%

**Cociente de silencio (COSÍ):**

(Total de segundos de silencio dividido por duración de la charla en segundos).

**Tasa de silencios (TASI):**

(Número de silencios dividido por la duración de la charla en minutos).

**Duración media de los silencios (DUMESI):**

(Total de segundos de silencio dividido por número de silencios).

Anexo 7

**Lista de Verificación Conductual para las Conductas de Aproximación**

Código de participante:

Fecha:

/ /

Hora:

:

Observador:

Registra con una X, la presencia de alguna de las siguientes conductas en períodos de tiempo (T) de 2 minutos.

		T1 2'	1'	T2 2'	1'	T3 2'	1'	T4 2'	1'
1.	Mirada al frente.								
2.	Sonríe.								
3.	Movimientos de brazos y manos ajustados al discurso.								
4.	Expresión corporal (cara y cuerpo) que acompaña al discurso.								
5.	Tono de voz relajado (la voz no tiembla, volumen adecuado, discurso fluido sin tartamudear).								
6.	Justifica o argumenta sus afirmaciones.								
7.	Habla en primera persona (yo creo que..., me encantó..., voy a hablar de...).								
8.	Autorrevelación (comparte anécdota propia, experiencia personal, confiesa que le está costando...).								
9.	Bromea, usa el sentido del humor.								
10.	Pone ejemplos (ej.: habla de personas o casos conocidos).								
11.	Usa palabras para enfatizar una idea (es importante..., quiero destacar...).								



12.	Enlaza o cambia los temas utilizados “conectores” (cambiando de tema...por cierto..., como venia diciendo..., retomando lo que había dicho antes...).							
13.	Movimientos pausados (no está rígido, tampoco está moviéndose con brusquedad o con tensión, sin “tics” o movimientos repetitivos/nerviosos de brazos o manos).							
14.	Si pierde el hilo de la conversación, pide un momento para ver por dónde continuar.							

Duración total de la charla:

Minutos

Segundos

Tiempo que la persona permanece en silencio:

Minutos

Segundos

(Se considera silencio a partir de 2 segundos, el tiempo total es la suma del tiempo de todos los silencios que duren más de 2 segundos).

% de tiempo en silencio:

%

**Cociente de silencio (COSÍ):**

(Total de segundos de silencio dividido por duración de la charla en segundos).

**Tasa de silencios (TASI):**

(Número de silencios dividido por la duración de la charla en minutos).

**Duración media de los silencios (DUMESI):**

(Total de segundos de silencio dividido por numero de silencios).